



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Johanna Syrjälä

HOITOHENKILÖKUNNAN NÄKEMYKSIÄ RAFAELA- HOITOISUUSLUOKITUS- JÄRJESTELMÄSTÄ

Ylempi AMK-tutkinto

Sosiaali- ja terveysala

2010

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Johanna Syrjälä
Opinnäytetyön nimi	Hoitohenkilökunnan näkemyksiä RAFAELA-hoitoisuusluokitusjärjestelmästä
Vuosi	2010
Kieli	suomi
Sivumäärä	57 + 5 liitettä
Ohjaaja	Andrew Sirkka

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitohenkilökunnan näkemyksiä RAFAELA-hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönottovaiheesta Pietarsaaren kaupungin sosiaali- ja terveysviraston geriatrian ja yleislääketieteen osastoilla. Tarkoituksena on kerätä tietoa hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöön liittyvistä mahdollisista ongelmakohdista, luotettavuuteen vaikuttavista tekijöistä ja koulutuksen kehittämisestä. Geriatrian ja yleislääketieteen osastoilla on vuonna 2009 otettu käyttöön RAFAELA-hoitoisuusluokitusjärjestelmä. Hoitoisuusluokituksen tarkoituksena on ensisijaisesti kyetä luokituksesta saadun tiedon perusteella suunnittelemaan henkilöstötarve potilaiden jatkuvasti muuttuviin hoidon tarpeisiin.

Tutkimuksen kohderyhmänä oli geriatrian- ja yleislääketieteen osastojen hoitohenkilöstö. Aineisto kerättiin avoimella kyselylomakkeella. Tutkimukseen osallistui 61 hoitajaa.

Hoitajien mielestä käyttöönottokoulutusta olisi parannettava, johon kaikilla olisi mahdollisuus osallistua. Saatu koulutus oli koettu hyödylliseksi. Koulutuksen avulla saadut valmiudet koettiin heikoiksi, ja puutteelliset ohjeet vaikeuttivat luokittelemista. Lähes puolet hoitajista vastasi, ettei jatkokoulutusta ole järjestetty. Luotettavaan rinnakkaisluokitteluun tarvitaan aikaa ja kirjaamiseen panostamista. Hoitoisuusluokituksesta saatuja tuloksia oli esitelty osastoilla vaihtelevasti.

Tutkimuksesta saatua tietoa voidaan hyödyntää suunniteltaessa hoitoisuusluokitukseen liittyvää koulutusta ja otettaessa hoitoisuusluokitus käyttöön.

Asiasanat	RAFAELA, hoitoisuus, hoitoisuusluokitus, rinnakkaisluokitus
-----------	---

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
 UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
 Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

ABSTRACT

Author	Johanna Syrjälä
Title	Nursing Personnel's Views on the Patient Classification System
Year	2010
Language	Finnish
Pages	57 + 5 Appendices
Name of Supervisor	Andrew Sirkka

The purpose of this study was to study the views of the nursing personnel on three different wards in the town of Pietarsaari. The focus was on their views and on the use of RAFAELA-patient classification system. The purpose was to collect information of possible problems related to the use of this system, of different factors that affect the reliability and of the developing of the personnel training in using the system. RAFAELA-patient classification system was brought in use on geriatric and general medical wards in the town of Pietarsaari in 2009. The prime purpose in using the classification system is to utilize the evidence in planning human resources to meet the constantly changing needs in the patient care.

The target group included the nursing personnel working in geriatric and general medical wards.

The nurses thought that the training, when introducing this new system, should be improved so that everyone could participate. The training itself was considered to be useful although the level of skills attained was felt to be poor. The instructions were insufficient and this made the classification of the patient difficult. Almost a half of the nurses said that no further training had been organized. Creating reliable parallel classification systems requires time and a lot of focus should be on the nursing documentation. Introducing the results of using the patient classification system varied a lot between the wards.

The results of this study could be utilized in planning the implementation of the patient classification system and the training related to introducing the system.

Keywords	RAFAELA, acuity, patient classification, patient classification system
----------	--

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	2
ABSTRACT.....	3
1 JOHDANTO	6
2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
2.1 Hoitoisuusluokitus hoidon suunnittelun ja koordinoinnin välineenä	8
2.2 Hoitoisuusluokitusjärjestelmistä	11
2.3 Rinnakkaisluokitukset	13
2.4 Hoitoisuusluokitusten käyttötarkoituksia	15
2.5 Hoitoisuusluokitus kehittämisen ja johtamisen työvälineenä	17
2.6 Hoitoisuusluokituksen käyttöönotto Pietarsaaressa	19
2.7 RAFAELA™-järjestelmän käyttöönotto ja ylläpitäminen	21
3 TUTKIMUSONGELMAT JA METODOLOGISET RATKAISUT	23
4 AINEISTO JA MENETELMÄT	24
4.1 Tutkimuksen kohderyhmä	24
4.2 Tutkimuksen toteuttaminen	24
4.3 Aineiston analyysi	26
5 TULOKSET	27
5.1 Hoitajien kokemuksia hoitoisuusluokituksen käyttöönottokoulutuksesta ..	27
5.1.1 Koulutuksen parantaminen	27
5.1.2 Koulutuksen hyödyllisyys	29
5.2 Koulutuksen antamat valmiudet hoitoisuusluokitusjärjestelmän toteuttamiseksi	30
5.3 Hoitoisuusluokitusjärjestelmän jatkokoulutuksen järjestäminen	32

5.3.1 Yhtenäisen jatkokoulutuksen puutteellisuus.....	33
5.3.2 Mahdollisuus osallistua jatkokoulutukseen ja sen järjestäminen tulevaisuudessa	34
5.4 Luotettavan rinnakkaisluokittelun kehittäminen	35
5.4.1 Koulutuksen ja yhteistyön kehittäminen	35
5.4.2 Kiireetön työskentelyilmapiiri	37
5.5 Kirjaamisen vaikutus hoitoisuusluokituksen luotettavuuteen	38
5.5.1 Kirjaamisen merkitys hoitoisuusluokitteluun	39
5.5.2 Kiireen merkitys kirjaamiseen	40
5.6 Hoitajien kokemuksia hoitoisuusluokitustulosten esittämisestä	42
5.7 Muita kommentteja hoitoisuusluokitusjärjestelmästä	44
6 JOHTOPÄÄTÖKSET.....	47
7 POHDINTA	50
LÄHTEET.....	54
LIITE 1. Kyselylomake	
LIITE 2. Frågeformulär	
LIITE 3. Esimerkki aineiston analyysistä	
LIITE 4. Tutkimuslupa-anomus	
LIITE 5. Rafaela sopimus	

1 JOHDANTO

Potilaiden hoitoisuusluokitusjärjestelmän kehittäminen on aloitettu Yhdysvalloissa 1940- ja 1950-luvuilta lähtien. Yhdysvalloissa 1970-luvulla sairaanhoitajapula ja paine sairaaloiden kustannusten hillitsemiseksi aiheuttivat sen, että hoitoisuusluokitusten avulla yritettiin valvoa tuotantotasoa, ennustamalla ja korjaamalla henkilöstön mitoitusta sekä olemalla mukana osana budjetin tekoa. Suomessa kehitys alkoi 1960-luvulla. Hoitoisuusluokitukset oli laadittu amerikkalaisten esimerkkien pohjalta. Kaikissa pohjoismaissa on käytössä useanlaisia hoitoisuusluokitusjärjestelmiä. (Fagerström, Nojonen & Åkers 2002, 181; Fagerström & Rauhala 2003, 9; Seppälä 1992, 2–4.)

Rinnakkaisluokitusten reliabiliteettiin eli vastaavuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat riittämätön koulutus, hoitohenkilökunnan erilaiset näkemykset, luokitusohjeiston puutteellisuus sekä luokittelun riittävä harjoittelun puuttuminen alkuvaiheessa. Kirjaaminen ja siinä esiintyvät puutteet tulevat esille hoitoisuusluokitusta tehtäessä kerran vuorokaudessa. Hoitoisuusluokitus on riippuvainen ilta- ja yövuoron raportoinnista ja kirjaamisesta, jos potilaan hoitoisuusluokitus tehdään aamuvuoron aikana. (Rainio 1998, 20; Swanljung 1998, 21.)

Tämän tutkielman tarkoituksena on tuottaa kuvailevaa tietoa hoitoisuusluokituksen käyttöönotosta geriatrian ja yleislääketieteen osastoilla hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tarkoituksena on sekä selvittää tutkielman avulla hoitohenkilökunnan kokemus saamastaan koulutuksesta ja millaiset valmiudet koulutus antoi että löytää keinoja, miten päästään luotettavaan rinnakkaisluokitteluun. Tutkielman tarkoituksena on kehittää hoitoisuusluokituskäytäntöjä osastoilla.

Tutkielman viitekehys koostuu hoitoisuusluokituksen alkuhistoriasta tähän päivään. Viitekehys sisältää tietoa hoitoisuusluokitusjärjestelmästä, rinnakkaisluokituksesta ja hoitoisuusluokituksen käyttötarkoituksesta. Teoriaosuuden loppupuolella käsitellään hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönottoa Pietarsaareissa ja pohditaan, miten koulutus tulisi järjestää.

Tutkimusmenetelmänä käytetään kvalitatiivista kyselylomaketutkimusta. Parhaiten vastaajan mielipidettä on mahdollisuus tutkia avoimella kyselylomakkeella, jossa vastaaja saa kirjoittaa vapaasti. Lomake oli jaossa talvella 2010, ja se pyrittiin jakamaan kaikille otokseen kuuluville hoitajille. Lomakkeet sai palauttaa suljetussa kirjekuoressa niille varattuihin palautelaatikoihin.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat perustuvat hoitoisuusluokituksen kehittämistarpeista nykypäivään. Hoitoisuusluokitusjärjestelmää on alettu kehittämään, jotta henkilöstömäärä ja potilaiden hoidon tarpeet olisivat tasapainossa keskenään. Hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttö edellyttää jatkuvaa koulutusta, joka parantaa mittarin luotettavuutta.

2.1 Hoitoisuusluokitus hoidon suunnittelun ja koordinoinnin välineenä

Taloudellisen laman aikana 1990-luvun alussa hoitoisuusluokitus nousi ajankohtaiseksi aiheeksi. Säästötoimenpiteiden seurauksena lama-aikana hoitohenkilökuntaa ei ollut riittävästi täyttämään potilaiden tarvetta. Hoitohenkilökunnan liiallisella työmäärällä arvellaan olevan yhteys sairauspoissaoloihin. Henkilökunnan työmäärän seuranta tulee olemaan keskeinen asia terveyden- ja sairaanhoidon henkilöstöresursoinnissa. (Fagerström ym. 2003, 9.)

Vaasan sairaanhoitopiirissä 1980-luvun lopulla alkoi hoitoisuusluokituksen kehittäminen, jonka edellytyksenä oli organisaatiossa yleisesti hyväksytty, selkeästi ilmaistu ja dokumentoitu hoitotyön filosofia sekä siihen perustuvat hoitotyön periaatteet. Vaasan sairaanhoitopiirissä huomattiin, että ei ollut olemassa hoitoisuusmittaria, joka olisi soveltunut Vaasan keskussairaalan käyttöön. Syksyllä 1991 sairaanhoitopiiri rahoitti hoitoisuusprojektia, jossa kaikki Vaasan keskussairaalan vuodeosastot ovat olleet jossain määrin mukana hoitoisuusluokituksen toteuttamistyössä. Hoitoisuusluokituksen kehittäminen aloitettiin Vaasassa 1992 ja hoitoisuusluokitusta alettiin kokeilla kaikilla sairaalan osastoilla vuosina 1994–1995. (Anttila 1998, 14–15; Rainio & Ohinmaa 2004, 676.)

Oulun yliopistollisessa sairaalassa alettiin kehittää Oulu-hoitoisuusluokitusta vuosina 1991–1993 vuodeosastojen käyttöön. Hoitoisuusluokitusta käytetään henkilöstösuunnittelussa ja kustannuslaskennassa. Lisäksi ATK-pohjaisen mittarin avulla arvioidaan potilaan hoidon tarvetta kuudella eri hoitotyön osa-alueella.

Oulu-hoitoisuusluokitus on ollut käytössä muun muassa Vaasan, Keski-Suomen ja Lapin keskussairaaloissa sekä Turun ja Tampereen yliopistollisissa sairaaloissa. (Louet-Lehtoniemi 2003, 26–27.)

Vaasan keskussairaalassa ryhdyttiin vuonna 1994 kokeilemaan Oulu-hoitoisuusluokitusta. Kokeilussa oli mukana Vaasan yliopiston yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, koska tarkoituksena oli saada suurempi hallinnollinen hyöty. Hallinnolliseen päätöksentekoon ei riittänyt pelkästään vuorokauden aikana saatu tieto osastojen tilanteesta. Tutkimusryhmä päätyi jakamaan osaston kokonaishoitoisuusluvun vuorokaudessa hoitotyötä tehneen hoitohenkilöstön kanssa, mikä kertoi enemmän osastojen hoitotyön tilanteesta. (Rainio 1998, 18.)

Koulutuksen tarkoituksena on opettaa uusia asioita, ylläpitää vaadittavia taitoja, motivoida ja sitouttaa oppimaan. Hoitoisuusluokituksen käyttöönotto edellyttää onnistunutta sekä hyvin muotoiltua koulutusta. Koulutusta tarvitsee hoitohenkilökunta, hoitotyön johtajat sekä sisäiset kouluttajat, jotka ylläpitävät järjestelmän luotettavuutta jatkuvalla ja käytännön koulutuksella. Käyttöönoton onnistumisessa sisäisillä kouluttajilla on keskeinen osa edistää oppimista ja parantaa luotettavuutta. Tällöin he pystyvät neuvomaan ja vastaamaan kysymyksiin sekä tarkistamaan hoitohenkilökunnan tekemiä luokituksia. (Rainio 1998, 18–19.)

Hoitoisuuden käsite on tullut Suomeen ruotsinkielen sanasta ”vårdtyngd”, joka tarkoittaa hoidon aiheuttamaa kuormaa tai raskautta. Englannin kielessä potilaan hoitoisuudesta tai riippuvuudesta hoitajan avusta on käytössä monia toisiinsa verrattavia tai osin samaa tarkoittavia termejä, kuten ”patient acuity”, ”intensity of care”, ”severity”, ”nurse dependency” tai ”patient dependency”. Hoitoisuuteen liittyvien käsitteiden kirjo on moninainen. Englanninkielisessä kirjallisuudessa hoitoisuutta (acuity) käytetään synonyymisti ”patient classification” -järjestelmien kanssa, mikä viittaa hoitotyön työmäärän raskauteen. Käsitteissä hoitoisuus (patient acuity) ja sairauden vakavuus (severity of illness) tulee erotta toisistaan. Jos näitä käytetään ilmaisemaan hoitohenkilöstön tarvetta, niiden oletetaan tällöin liittyvän hoitotyön (nursing) kuormitukseen. Sairauden vakavuus ja potilaan

hoitoisuus ei välttämättä vastaa tarvittavan hoitotyön työkuormituksen määrää (nursing intensity). (Nivalainen 2000, 3–4; Partanen 2002, 21–22; Seppälä 1992, 20.)

Hoitoisuusluokitus (vårdtyngdsmätning, patient classification) viittaa prosessiin, jossa potilaat ryhmitellään toisensa poissulkeviin luokkiin käyttämällä tiettyjä kriteereitä. Luokittelua tehdään muun muassa iän, sukupuolen, veriryhmän tai diagnoosin perusteella. Hoitoisuusluokittelu on potilaiden luokittelua sen mukaan, millaista ja kuinka paljon hoitohenkilökunnan apua he tarvitsevat välittömän hoidon alueella työvuoron tai vuorokauden aikana. Hoitoisuusluokitus tarkoittaa luokittelua hoidon tarpeen ja vastaavien hoitotyön toimintojen mukaan. Toimivalla hoitoisuusluokituksella autetaan ohjaamaan olemassa olevat henkilöstövoimavarat niin, että ne ovat oikeassa suhteessa potilaskuormitukseen päivittäin. Pitkällä aikavälillä hoitoisuusluokituksen odotetaan toimivan kustannusten kohdentamisena henkilöstösuunnittelussa. (Kaustinen 2005, 1, 3; Nivalainen 2000, 6; Seppälä 1992, 25)

Hoitoisuusluokitusten avulla pyritään määrittämään, paljonko hoitohenkilökuntaa tarvitaan, jotta voitaisiin vastata potilaiden hoidon tarpeeseen. Hoitoisuusluokitus määritellään potilaan yksilöllisen hoidon tarpeen ja hoitotoimenpiteiden mittaamiseksi, jotka henkilökunta tekee vastatakseen potilaan hoidon tarpeesta tiettynä ajanjaksona. Hoitoisuusluokitus on hoitajan arvio potilaan yksilöllisestä välittömästä (toteutuu potilaan luona) ja välillisestä (ei toteudu potilaan luona) hoidosta tiettynä ajanjaksona. Välittömän hoitotyön toimintoja voi olla esimerkiksi potilaalle tehtävät fyysiset toimenpiteet, tulohaastattelut tai omaisen neuvonta ja ohjaus. Välillisessä hoitotyössä hoitohenkilökunta ei ole välittömässä kontaktissa potilaaseen tai omaiseen, mutta osa toiminnoista voi liittyä potilaan hoitoon tai osaston muuhun toimintaan. Hoitoisuus ilmenee pistelukuna, joka ilmoittaa arvion siitä, kuinka suuren työpanoksen yksittäinen potilas tarvitsee hoitohenkilökunnan kannalta. (Fagerström ym. 2003, 11, Huuskonen 2006, 6.)

Fagerströmin (1998, 16) mukaan hoitoisuusluokitus voidaan määritellä potilaan yksilöllisten tarpeiden hoitotyön toimiksi sekä mittaamiseksi, joita hoitohenkilöstö näiden tarpeiden tyydyttämiseksi ja täyttämiseksi tiettynä ajanjaksona on

suorittanut, jotka ilmaistaan matemaattisin termein. Tässä tutkielmassa hoitoisuusluokitus ymmärretään Kaustisen (1995, 4) määritelmän mukaan hoitajan arvioksi potilaan yksilöllisestä hoidon tarpeesta suhteessa hoidon vaatimaan työpanokseen.

2.2 Hoitoisuusluokitusjärjestelmistä

RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmä koostuu Oulun yliopistollisessa keskussairaalassa vuosina 1991–1993 kehitetystä OPC-mittarista (Oulu Patient Classification), Vaasan keskussairaalassa kehitetystä PAONCIL-mittarista (Professional Assessment of Optimal Nursing Care Intensity Level) sekä henkilöstöresurssitiedoista. RAFAELA™-järjestelmä on kehitetty hoitotieteellisistä lähtökohdista. Pää tavoitteena on, että potilaiden tarpeet ovat tasapainossa henkilöstöresurssien kanssa. Onnistuneella henkilöstöresurssien jakamisella annetaan hoitohenkilökunnalle realistiset mahdollisuudet hoidon hyvään laatuun. Ensisijaisena tarkoituksena hoitoisuusluokituksessa on kyetä luokituksesta saadun tiedon perusteella suunnittelemaan henkilöstötarve potilaiden jatkuvasti muuttuvien hoidon tarpeiden mukaan. (Fagerström ym. 2003, 12; Ollikainen 2006, 53.)

OPC-mittarista käytetään myös nimitystä OHL-mittari (Oulu hoitoisuusluokitus), joka on tarkoitettu vuodeosastojen käyttöön. ATK-pohjaisen OPC-mittarin avulla arvioidaan potilaiden hoidontarvetta eli hoitoisuutta kuudella eri hoitotyön osa-alueella. Hoitoisuuden kuusi osa-aluetta on 1) hoidon suunnittelu ja koordinointi, 2) hengittäminen, verenkierto ja sairauden oireet, 3) ravinto ja lääkehoito, 4) hygienia ja eritystoiminta, 5) aktiviteetti/toiminnallisuus, nukkuminen ja lepo ja 6) hoidon/jatkohoidon opetus ja emotionaalinen tuki. Jokainen hoitotyön osa-alue on luokiteltu neljään eri tasoon, jotka on nimetty kirjaimilla A, B, C ja D. A-vaativuustaso kuvaa suhteellisen helppoa, omatoimista potilasta, ja potilaan hoidon tarve on vähäistä; B-vaativuustasossa potilaan hoidon tarve on ajoittaista tai melko vaativaa; C-vaativuustasossa potilaan hoidon tarve on toistuvaa sekä toistuvasti autettavaa ja D-vaativuustason potilaan hoidon tarve on täysin tai

kokonaan autettava. Hoitaja valitsee jokaisella hoitotyön osa-alueella omaan arvioonsa perustuen potilaan hoitoisuutta vastaavan vaativuustason. Jokainen kirjain vastaa pistettä; A = 1, B = 2, C = 3 ja D = 4 pistettä. Annettujen pisteiden summasta määräytyy potilaan hoitoisuusluokka. Hoitoisuusluokka I 6–8 pistettä tarkoittaa vähäistä hoidon tarvetta, hoitoisuusluokka II 9–12 pistettä kuvaa keskimääräistä hoidon tarvetta, hoitoisuusluokka III 13–15 pistettä kuvaa suurempaa hoidon tarvetta ja hoitoisuusluokka IV 16–24 pistettä kuvaa suurta hoidon tarvetta. (Kanerva 2004, 19; Louet-Lehtoniemi 2003, 26; Rainio ym. 2004; 25.)

Potilaista tehtävää hoitoisuutta voidaan arvioida jokaisessa työvuorossa erikseen tai kerran vuorokaudessa 24 tuntia taaksepäin. Hoitoisuus hoitajaa kohden saadaan jakamalla osaston kokonaishoitoisuus kyseisen vuorokauden aikana potilashoidossa työskennelleiden hoitajien lukumäärällä. Kuitenkaan tämä ei riitä kertomaan, milloin hoitoisuus/hoitajasuhde on ollut optimaalista, jotta hoitajat pystyisivät vastaamaan laadukkaaseen hoitoon. (Lonkila 2006, 18; Rainio ym. 2004, 26.)

PAONCIL-mittarissa (Professional Assessment of Nursing Care Intensity) hoitaja arvioi optimaalista hoitoisuutta jokaisessa työvuorossaan noin kahden kuukauden ajan saaden kokonaisarvioinnin hoitamiansa potilaiden hoitoisuudesta ja hoidon toteutumisesta janallisella asteikolla -3 - +3. Hoitaja merkitsee janalle 0,25 yksikön tarkkuudella oman kokemuksen hoitotyön kuormittuvuudesta kyseinä päivänä. Lisäksi lomakkeeseen voidaan merkitä työvuorossa esiintyneitä muita kuormittavia tekijöitä kuten ristiriitatilanteet, esimiestyöskentely tai opiskelijaohjaus. Hoitoisuus hoitajaa kohti saadaan, kun järjestelmään on syötetty työvuorottainen välittömään hoitoon käytetty resurssi. Seitsemänluokkaisessa mittarissa nollassa on optimi, +1 - +3 on tilanne, jolloin hoitajat joutuvat priorisoimaan enemmän. Tällöin työn määrä on liian suuri verrattuna henkilöstömäärään. Mitä suuremmasta luvusta on kyse asteikossa, sitä enemmän hoitajilla on luppoaikaa, jolloin hoitajilla on mahdollisuus suorittaa muita tehtäviä, jotka ei suoraan liity potilaan hoitoon. Nollatasolla potilaat saavat kokonaisuudessaan hyvää hoitoa niin fyysisesti kuin psyykkisesti, ja potilaiden

hoidon tarpeet ovat suhteessa henkilöstö määrään tasapainossa. Hallinnollisella puolella on sovittu, että optimaalinen hoitoisuus/hoitajataso on +/- 3,5 pistettä suhteessa optimaaliseen pisteeseen. (Fagerström 2007, 27; Fagerström, Rainio, Rauhala & Nojonen 2000, 100; Lonkila 2006, 21; Rainio ym. 2004, 26.)

2.3 Rinnakkaisluokitukset

Luotettava mittaaminen edellyttää, että käytettävä mittari on luotettava. Mittaamisessa pyritään luotettavaan ja todenmukaiseen kuvaan mitattavasta kohteesta. Validiteetti tarkoittaa, että mitataanko sitä, mitä on tarkoitus mitata. Validiutta tarkastellaan kolmesta näkökulmasta, joita ovat mittarin sisällön kattavuus ja edustavuus, rakenteen validius ja kriteerivaliditeetti. Hoitoisuusluokitus perustuu aina näkemykseen potilaasta, hoitotyön tarpeesta ja hoitotyöstä. Ennen luokituksen kehittämistä jouduttiin pohtimaan, millaisiin arvoihin, periaatteisiin ja tietoperustaan luokitus perustuu. (Kanerva 2004, 13; Kaustinen 1995, 22; Kaustinen & Hentinen 1998, 22; Lonkila 2006, 22.)

Reliabiliteetti taas tarkoittaa mittarin johdonmukaisuutta toistettaessa tietyn ilmiön tai ominaisuuden mittauksia. Mittauksen tuloksena saadaan tarkkoja, ei-sattumanvaraisia tuloksia. Hoitoisuustiedoille olennaisen tärkeät ominaisuudet, laatu ja täsmällisyys, ovat riippuvaisia luokitusjärjestelmän reliaabeliudesta (Kaustinen 1995, 25). Reliabiliteetti arvioidaan mittaustulosten pysyvyytenä, mittarin sisäisenä johdonmukaisuutena ja mittaustulosten vastaavuutena. Tehdyt mittaukset ovat toistettavissa eivätkä ne muutu mittaajan vaihtuessa. Reliabiliteettiin vaikuttaa mitattavien yksiköiden määrä, eli mitä enemmän mittaustuloksia, sitä parempi on mittauksen reliabiliteetti. (Kanerva 2004, 13; Kaustinen ym. 1998, 22.)

Luotettavaan tietoon hoitoisuusluokituksesta vaikuttaa mittarin käytön hallitseminen. Pidemmällä aikavälillä käytetystä hoitoisuusmittarista saadaan luotettavampaa tietoa kuin vasta käyttöön otetulla mittarilla. Luotettavuuteen voi vaikuttaa osaston kiireisyys ja suuri potilasmäärä, mikä voi vaikuttaa hoitajan

tapaan luokitella potilaita. Samantyyppiset potilaat saatetaan luokitella joko ylempään tai alempaa luokkaan kuin missä potilaan kuuluisi todellisuudessa olla. Hoitoisuusluokituksessa edellytetään, että luokittelija tuntee potilaan, jonka hoitoisuutta hän arvioi. Virhetekijöitä voivat olla potilaan puutteellinen tuntemus, vastaajaan liittyvät henkilökohtaiset tekijät, kuten taipumus luokitella tietyllä tavalla, luokittelijoiden puutteellinen koulutus, mittarin puutteellinen selkeys ja muutokset potilaan tilassa. (Huuskonen 2006, 18; Kaustinen ym. 1998, 22–23.)

Rinnakkaisluokittelua käytetään luokittelijoiden välisen yksimielisyyden testaamisessa. Tavoitteena on selvittää luokittelijoiden välinen luokitusten vastaavuus. Yksimielisyyden tavoitetaso on 80–100 prosentin välillä. Yksimielisyys 80–90 prosentin välillä saattaa ilmentää mahdollisia väärinkäsityksiä luokituksen käytössä. Alle 80 prosentin yksimielisyys vaatii lisäkoulutusta ja sääntöjen kertaamista. Rinnakkaisluokittelussa kaksi hoitajaa luokittelee saman potilaan toistensa luokittelusta tietämättä. Rinnakkaisluokitus tehdään ensimmäisen kerran, kun perusluokittelu osataan ja jatkossa 1–2 kertaa vuodessa. Kahden kuukauden ajalla luokitellaan 100–150 potilasta, ellei yksimielisyystavoitetaso toteudu, niin rinnakkaisluokittelu uusitaan puolen vuoden kuluttua. Tavoitteena on, että hoitajat tuntisivat potilaat, mutta rinnakkaisluokittelu voidaan tehdä myös kirjaamisen perusteella. Tärkeää olisi myös, että luokittelijat voisivat luokittelun jälkeen keskustella eroavuuksista. (Kaustinen 1995, 28; Lonkila 2006, 23.)

Onnelan & Svenströmin (1998, 16) loppuraportin mukaan vuosina 1995–1996 tehtiin rinnakkaisluokituksia kokeiluosastoilla. Kaksi sairaanhoitajaa luokitteli tuntemansa saman potilaan hoitoisuuden samaan aikaan keskustelematta keskenään. Yksimielisyysprosentit vaihtelivat 54 %:sta 86 %:iin. Tuloksia pidettiin hyvinä, jos yksimielisyysprosentti oli yli 60. Jälkeenpäin osastoilla keskusteltiin tuloksista ja korostettiin parien satunnaistamisen ja kertaamisen tärkeyttä luokitukseen liittyvissä asioissa. Toisessa otannassa vuonna 1996 rinnakkaisluokituksia tekivät sairaanhoitaja-sairanhoitaja, sairaanhoitaja-perushoitaja tai sairaanhoitaja-lastenhoitaja parit. Yksimielisyysprosentti oli parempi 53–69, kuin ensimmäisellä kerralla. Alettiin pohtia mistä erot luokitusten

välillä johtuivat. Sairaanhoitaja-perushoitaja -parilla oli usein eroja luokituksessa. Erot hoitoisuuden osa-alueilla koskivat enimmäkseen suunnittelua ja koordinaatiota, opetusta, hoidon/jatkohoidon ohjausta ja emotionaalista tukea. Jos pariluokittelijat olivat tehneet eri aikaan luokitukset, saattoi potilaan hoitoisuus muuttua. Myös osastolla vähän aikaa työskennelleen hoitajan ja kokeneemman hoitajan välillä oli eroja.

2.4 Hoitoisuusluokitusten käyttötarkoituksia

Tulevaisuudessa väestön ikääntyminen lisää sosiaali- ja terveydenhuollossa lisää hoitohenkilökunnan tarvetta. Henkilöstöä tarvitaan erityisesti vanhusten sosiaalipalveluihin sekä perusterveydenhuoltoon. Erikoissairaanhoidossa henkilöstöresurssien tarve taas vähenee. Hoitoisuusluokituksen ensisijainen käyttötarkoitus on henkilöstösuunnittelussa. Tavoitteena on, että potilaiden arvioitu hoidon tarve ja henkilökunnan voimavarat vastaisivat toisiaan. Oikealla henkilöstömitoituksella on koettu olevan suora yhteys hoitohenkilökunnan jaksamiseen ja työtyytyväisyyteen, koettuun stressiin ja hoidon laatuun. Hoitotieteelliset tutkimukset ovat korostaneet yhä enemmän potilaan/asiakkaan oikeutta hyvään ja laadukkaaseen hoitoon. Hoitotyön johtajien tulee pystyä osoittamaan objektiivisin tilastoin potilaiden hoidon tarve sekä hoitajien todellinen työkuormitus. Hoitoisuusluokitusjärjestelmän avulla johtajat pystyvät seuraamaan henkilöstöresurssien käyttöä ja henkilöstötarpeen organisaatiota eri osastoilla. (Fagerström ym. 2003, 9–10; Lonkila 2006, 8; Stakes 2006, 49.)

Seppälän (1992, 68–75) tutkimuksen mukaan suomalaisissa yliopisto-, keskus- ja aluesairaaloissa hoitoisuusluokituksen tuottama tieto oli suunniteltu käytettäväksi pääosin henkilöstötarpeiden määrittelyyn, toiminnan suunnitteluun sekä seurantaan ja raportointiin. Lisäksi haluttiin kuvata työnkuormitusta. Luokituksen oli todettu tuottavan tietoa myös kustannusten määrittelyyn.

Partasen (2002, 164–175) väitöskirjan tarkoituksena oli tuottaa tietoa hoitotyön henkilöstömitoitusten arviointia ja suunnittelua varten erikoissairaanhoidon

hoitoympäristössä. Tutkimuksessa henkilöstömitoitus oli riittämätön keskimäärin joka toisessa työvuorossa, mikä vaikutti myös hoitotyön laatuun. Hoitoisuusluokitusmittari pystyi erottelemaan potilaat heidän vaatimansa hoitotyön määrän mukaan eri hoitoisuusluokkiin. Hoitohenkilökunnan ajankäyttö lisääntyi lineaarisesti matalammasta hoitoisuusluokasta raskaampaan. Hoitoisuusluokitusmittareilla mitataan yleensä potilaiden välittömän hoitotyön alueita eikä välillistä hoitotyötä. Hoitohenkilöstön tarpeeseen vaikuttavia muuttujia kuvaavia tunnuslukuja tulisi kehittää, niitä ovat esimerkiksi potilasvaihtoa kuvaava tunnusluku sekä sairaansijojen bruttokuormitusaste.

Rainio (1996, 70–77) on artikkelissaan käsitellyt yhdysvaltalaisia hoitotyön johtamisjulkaisuja, joissa kerrotaan hoitotyön osuuden huomioimisesta erikoissairaanhoidon kustannuslaskennassa. Hoitoisuusluokituksen käyttö ja yhteispisteistä johdetut painokertoimet mahdollistavat hoitoisuuden käyttämisen niin hoitotyön johtamisessa ja hoitohenkilökunnan mitoittamisessa kuin myös kustannuslaskennan pohjana hoitotyön osalta. Julkisessa terveydenhuollossa hoitohenkilökunta on määrällisesti ja rahallisesti suurin tekijä. Kilpailu terveydenhuollon palveluissa on lisännyt kiinnostusta kustannusten tarkasteluun, tuottavuuden monitorointiin sekä kannattavuuden korostamiseen. Potilasluokitus hyvin muotoiltuna voi toimia kustannuslaskennan pohjana. Maksut pienenisivät vähemmän hoitoa vaativilta potilailta ja nousivat niille, jotka tarvitsevat paljon hoitoa. Kustannuslaskenta edellyttää kuitenkin luotettavaa hoitoisuusluokitusta.

Ollikaisen (2006) lisensointityössä oli tarkoituksena selvittää, voidaanko potilaan vuodeosastolla annettua hoitoisuusluokitusta pitää hoitopäiväsuoritteen hinnan perustana sekä miten Drag-hoitoisuusluokitus (DGR) sopii potilaan hoidon kuntalaskutuksen perustaksi. Tutkimuksen mukaan kuntalaskutuksen tuotteiden kustannusten ja hintojen laskennassa tulee vastaisuudessa ottaa huomioon hoitotyön kustannukset vuodeosastopotilaan saaman hoitotyön mukaisesti, koska hoitotyö on vuodeosastoilla lähes samaa kuin erikoissairaanhoidon somaattisilla vuodeosastoilla. Hoidon, leikkausten ja tutkimusten hinnat ovat laskennallisia, ja ne sisältävät esimerkiksi hoitajien työhön liittyvät taloudelliset panokset. Hintojen selittämiseen kustannusten mukaan ei ole vielä todellisuudessa keinoja.

Tämän tutkimuksen mukaan hoitotyön osuus potilaan kuntaan lähetettävän laskun kustannuksista oli vähemmän kuin aluksi oli odotettu. Tutkimuksen mukaan hoitoisuusluokitus sopii hoitopäivähinnan perustaksi. DGR-luokituksen mukaiset tuotteet sisältävät tietyn määrän hoitopäiviä. Mikäli vuodeosastojakso kestää pidempään, voidaan hoitoisuusluokitusta käyttää hoitohinnan perustana vuodeosaston hoitotyön hintaa määrittelemään.

Mäkelä (2006, 59–68) on tutkinut, miten erikoissairaanhoidon ylihoitajat käyttävät hoitoisuusluokitusjärjestelmästä saatavaa tietoa hoitotyön johtamisessa. Ylihoitajat olivat kuvanneet osastojen hoitoisuutta vuosikolmannesraporteissaan huomattavasti enemmän kuin mitä johtoryhmien kokousmuistioissa ilmeni. Ylihoitajat kuvasivat raportoinnissaan hoitoisuuden vaihteluita hoitoisuustunnuslukujen kuukausittaisten ja viikontähtäkohtaisen vaihtelun avulla ja toisaalta myös potilaiden hoitoisuusluokkajakauman avulla. Johtoryhmien muistiosta ilmeni, että kuvauksia oli vähemmän kuin mitä oli annettu ymmärtää. Henkilökunnan päivittäistä henkilöstömitoitusta oli suunniteltu viikontähtäkohtaisen hoitoisuustunnuslukujen perusteella, ja tämän pohjalta oli kehitetty uusi työvuoro. Uudessa työvuorossa hoitaja sijoittui saman erikoissairaan kahdesta vuodeosastosta siihen työpisteeseen, jolla oli sillä hetkellä korkeammat hoitoisuustasot.

2.5 Hoitoisuusluokitus kehittämisen ja johtamisen työvälineenä

Hallinnollisessa hoitotyössä hoitoisuusluokituksesta saavutettuja tietoja käytetään henkilöstöresurssien optimaaliseen kohdentamiseen. Organisaation johtoryhmä saa hoitoisuusluokituksen avulla selville osastojen työmäärän kuormittuvuuden. Tilastojen avulla näkymätön hoitotyö saadaan paremmin esille päättäjille, jotka eivät ole osastojen toiminnassa mukana. Hoitoisuusluokituksen avulla pystytään arvioimaan potilaiden hoitoisuutta ja henkilöstön määrää osastoilla. Organisaation hallinto voi hyödyntää saatuja tuloksia henkilöstöresurssien suunnittelussa, arvioinnissa ja lisähenkilökunnan palkkaamisessa. Oikeanlaisella

henkilöstömitoituksella kustannukset saadaan pysymään hallinnassa. (Fagerström ym. 2003, 132; Kanerva 2004, 11; Virtanen 2003, 44–45.)

Hoitoisuusluokitusta voidaan käyttää hoitotyön hinnan pohjana kustannuslaskennassa, ei ainoastaan henkilöstön mitoittamisessa ja hoitotyön johtamisessa. Laskutusjärjestelmissä potilaita sijoitetaan erilaisiin hintaluokkiin. Hintaluokkana voi olla esimerkiksi potilaan diagnoosi tai osastolle saapumissyys. Hoitoisuusluokituksella saadaan tietoa potilaiden hoidon tarpeesta ja sen vaikutuksista henkilöstön mitoitukseen. Hoitoisuusluokitus antaa hoitotyölle hinnan, jossa käytetään apuna hoitoisuuspisteelle määriteltyä hintaa. Hinnoitteluun ja tuotteistamiseen saadaan näin arvokasta tietoa. Talousarviossa suurin osa on hoitotyön menoja, joihin ei tarpeeksi ole kiinnitetty huomiota. Julkisessa terveydenhuollossa hoitohenkilökunta on kustannuksiltaan ja määrältään suurin menolähde. (Kanerva 2004, 11; Rainio 1996, 70–72.)

Kustannusten hillitsemisen paineet ovat lisänneet kiinnostusta hoitotyön tuottavuuteen, koska sairaalaympäristössä hoitotyön kustannukset ovat suurin menoerä. Tärkeää on arvioida, miten yritykset parantaa tuottavuutta vaikuttavat potilastuloksiin ja hoitotyön laatuun. Sairaalahoidon tuottavuutta pitäisi tarkastella, kun on saavutettu tarpeeksi tehokkuutta. Tehokkuudella tarkoitetaan potilasturvallisuutta, erinomaista hoitoa ja potilastyytyväisyyttä. Muita tuottavuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi työntekijöiden moraali, tyytyväisyys ja poissaolot. Hoitoisuusluokituksen avulla parannetaan ja varmistetaan hoidon laatua, ja se voi olla laadunvarmistuksen työväline. Oikea henkilöstömitoitus sekä auttaa hoitajia jaksamaan työssä että parantaa työhyvinvointia. Hoitotyön laatuun vaikuttaa se, miten hoitotyö on vastannut potilaiden tarpeita. Hoitoisuusluokitus on muodostunut potilaiden hoidon tarpeesta. Hoitoisuusluokituksen avulla voidaan hyödyntää hoitotyön laadunvarmistusta. (Kanerva 2004, 11; Kaustinen 1995, 79; Pusa 2007, 45; Virtanen 2003, 47; Väänänen 2002, 17.)

Hoitoisuusluokitusjärjestelmä ei sovellu reaaliaikaiseen johtamiseen, mikä nähdään yhtenä ongelmana. Hoitoisuusluokitusjärjestelmä kertoo osastojen tilanteen jälkeenpäin, ja osastojen tulevaisuutta on vaikea ennustaa.

Pitkäjänteiseen johtamiseen hoitoisuusluokitusjärjestelmä antaa enemmän tietoa. Ennakolta suunnitellut työvuorolistat sekä nopeasti muuttuvat tilanteet ovat vaikeutena reaaliaikaisessa johtamisessa. Henkilöstöjohtamisessa hoitoisuusluokituksen kautta saatua tietoa tulisi käyttää päätöksenteossa, suunnittelussa ja henkilöstövoimavarojen kohdentamisessa potilaiden laadukkaan hoidon turvaamiseksi. Koko sairaalan organisaatiossa tarvitaan tietoa siitä, mihin hoitohenkilökuntavoimavaroja tulee keskittää. (Rainio ym. 2004, 27.)

2.6 Hoitoisuusluokituksen käyttöönotto Pietarsaaressa

RAFAELA™-järjestelmä on otettu käyttöön monissa eri sairaaloissa vuosina 1995–2000, myös Pietarsaaren sairaalassa. Koulutuspäiviä järjestettiin niin Vaasassa kuin Oulussakin 1990-luvun loppupuolella. Eri alojen kesken perustettiin vuoden 1999 lopulla hoitoisuusluokitusverkosto koulutuspäivien tuloksena. Hoitoisuusluokitusverkosto tapaamisiin osallistuivat myös Suomen Kuntaliiton edustajat. Tällöin alettiin kiinnostua laajemmin hoitotyön vertailusta henkilöstöresurssien, hoitoisuustietojen, kustannustehokkuuden sekä tuottavuuden kannalta. (Fagerström ym. 2003, 10.)

Suomen Kuntaliitto käynnisti valtakunnallisen hoitoisuusluokitusprojektin vuonna 2000. Varsinaiseen projektiin pilotointivaiheen jälkeen vuonna 2001 osallistui yhteensä 86 osastoa 14 eri sairaalasta, mukana myös Pietarsaaren sairaalan (Malmin sairaala) sisätautiosasto. Projektin tarkoituksena oli selvittää käytettyjen mittareiden toimivuutta, kehittää ja standardoida mittaristo ja sen käyttö, vertailla hoitotyön laatua, kustannuksia eri sairaaloissa ja tuottavuutta, edistää hoitohenkilökunnan optimaalista resursointia sekä käynnistää hoitoisuuden bechmarking-toiminta Suomessa. Projekti sai nimen Finnhoitoisuus – hoitotyön benchmarking. (Fagerström ym. 2003, 7–10.)

Projekti kesti kaksi vuotta, ja tulosten perusteella hoitajatarve vaihtelee osastoittain. Tavoiteltaessa potilaiden hyvää hoitoa tarvittaisiin yhdestä kahteen lisähoitajaa päivittäin, esimerkiksi sisätautiosastolle tarvittaisiin 2–3 hoitajan

lisäys vuorokautiseen hoitajamäärään. Projektissa havaittiin, että osastojen ja sairaaloiden välinen vertailu tukee hoitotyön johtamista, potilaskohtaisen hoitotyön suunnittelua ja toteutusta, oikeaa ja riittävää resursointia, kustannusten hallintaa sekä toiminnan seuranta ja arviointia. Projektiin osallistuneiden sairaaloiden ja osastojen välille kehittyi myös runsaasti yhteistyötä ja verkostoja, jotka tulevat edistämään hoitotyötä tulevaisuudessa. (Fagerström ym. 2003, 129–134.)

Projektin jälkeen RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmää alettiin ottaa käyttöön vähitellen koko sairaalassa alkaen erikoissairaanhoidon osastoista. Pietarsaaren sairaala ja Pietarsaaren seudun terveyskeskus yhdistyivät vuonna 2005, jolloin Malmin terveydenhuoltoalue aloitti toimintansa. Pietarsaari, Pedersören kunta ja Luoto muodostivat tuolloin kuntayhtymän. Samassa yhteydessä entiset vuodeosastot (Beda) saivat uudet nimet eli geriatrian ja yleislääketieteen osastot 6, 7 ja 8. Vuoden 2010 alusta Pietarsaaren kaupunki toimii seudun sosiaali- ja terveydenhuollon isäntäkuntana. Pietarsaaren, Luodon, Pedersören kunnan, Uudenkaarlepyyn sekä entisen Malmin terveydenhuoltoalueen kaikkien työntekijöiden työnantaja on Pietarsaaren kaupunki.

Helmikuussa 2009 geriatrian ja yleislääketieteen osastoilla aloitettiin RAFAELA™-hoitoisuusluokitusjärjestelmän pilotointi. Tällöin osa henkilökunnasta pääsi erilliseen koulutukseen, jonka avulla oli tarkoitus perehdyttää muut hoitajat käyttämään RAFAELA™-järjestelmää. Osastoilla kävi myös koko sairaalan hoitoisuusluokituksesta vastaava hoitaja pitämässä koulutustilaisuuksia. Pilotoinnin aikana harjoiteltiin luokittelemaan muutamia potilaita kerrallaan tietokonepohjaisen ohjelman avulla. Huhtikuun alussa aloitettiin kaikkien osastolla olevien potilaiden luokitukset, mikä kattoi myös niin sisään- kuin uloskirjoitetut potilaat edellisen vuorokauden aikana. Hoitoisuusluokitus tehdään kerran vuorokaudessa joka aamunvuoron jälkeen. Luokiteltaessa otetaan huomioon kyseisen aamun hoitotyö, edellinen yövuoro ja edellisen päivän iltavuoron hoitotyötoiminta.

Ensimmäinen rinnakkaisluokittelu aloitettiin saman vuoden lokakuussa eli puoli vuotta järjestelmän aloittamisen jälkeen. Tähän organisaation RAFAELA-vastaava kävi antamassa lisäkoulutusta. Tavoitteena oli saada yli 70 %:n luokittelujen luotettavuus. Yksi kolmesta osastosta pääsi tavoitteeseen.

2.7 RAFAELA™-järjestelmän käyttöönotto ja ylläpitäminen

RAFAELA™-järjestelmän luotettavuuden perustana on säännöllinen koulutus, keskustelu ja seurannat. Käyttöönottokoulutuksessa RAFAELA™-järjestelmään koulutetaan kaikki hoitajat, jotka tekevät hoitoisuusluokitusta. Koulutukset on sovittava etukäteen kouluttajan ja Finnish Consulting Group Oy:n kanssa (FCG). Koulutuksissa kaikki kouluttajat käyttävät samaa koulutusmateriaalia. Koko henkilökunnan tulee osallistua koulutuksiin ymmärtääkseen järjestelmän toiminnan perusteet, hyödyntämismahdollisuudet ja toimintaedellytykset. Mittarikoulutuksista vastaavat organisaation vastuuhenkilöt, jotka kouluttavat osastojen hoitohenkilökunnan luokittelemaan. Esimiehille on suunnattu oma koulutus, jonka tarkoituksena on kouluttaa esimiehet hoitoisuusmittarilla saadun tiedon käyttöön ja hyödyntämiseen. Ylläpitokoulutusta tulee järjestää kahden vuoden välein. Ylläpitokoulutus sisältää hoitoisuusluokitusmittarikoulutuksen sekä PAONCIL-koulutuksen. Tarpeen mukaan järjestetään lisäkoulutusta. (FCG 2009.)

Sijaisten ja uusien työntekijöiden perehdytysohjelmaan tulee sisältyä hoitoisuusluokituskoulutusta. Osastonhoitajan ja perehdyttäjän vastuulla on uusien työntekijöiden luokitusjärjestelmän oppiminen. Kaikilla hoitajilla pitäisi olla mahdollisuus osallistua puolivuositain järjestettävään organisaation sisäiseen puolen päivän koulutukseen. Sisäisessä koulutuksessa voidaan käsitellä esimerkiksi oman organisaation tuloksia tai vertailuraportteja valtakunnallisista tuloksista. FCG järjestää vuosittain valtakunnallisia maksullisia koulutustilaisuuksia, joka on tarkoitettu kaikille RAFAELA™-järjestelmää käyttäville organisaatioille. (FCG 2009.)

Osastoilla hoitoisuusluokitusasioita on hyvä käydä lävitse esimerkiksi osastotunneilla kerran kuukaudessa. Esillä olevia asioita voivat olla esimerkiksi rinnakkaisluokitukset ja PAONCIL-keruun suunnittelu. Osastotunnilla käytävistä keskusteluista saadaan suurempi hyöty, kun paikalla oleva koko henkilökunta mahdollisuuksien mukaan osallistuu. Neljännesvuosittain koko organisaation sisällä tulee järjestää keskustelutilaisuuksia, joissa käydään lävitse tunnuslukuraporttien antama tieto hoitotyöstä, luokittelukäytännöt ja ongelmia tuottavat luokitukset. Näihin edellytetään osastojen vastuuhenkilöiden ja organisaation RAFAELA™-järjestelmän yhteyshenkilön osallistumista. Organisaation vastuuhenkilö on asiantuntija, jolla on vastaukset kysymyksiin ja käytäntöihin. Vastuuhenkilö on koulutettu RAFAELA™-järjestelmään. (FCG 2009.)

Hoitoisuusluokitusvastuuhenkilöllä ja yksikön esimiehellä on vastuu käytön seurannasta. Jatkuvaa panostusta tarvitaan esimerkiksi uusien työntekijöiden perehdytykseen ja keskustelu- ja koulutustilaisuuksien järjestämiseen. Esimiesten tehtävänä on tuoda esille luokittelutuloksia ja raportteja. Kaikilla hoitajilla tulee olla tietoa siitä, mitä tuloksia luokittelusta saadaan mihin ja miten tuloksia käytetään. Raporttien on parempi olla pidemmältä aikaväliltä, jolloin tuloksia on helpompi seurata. (FCG 2009.)

3 TUTKIMUSONGELMAT JA METODOLOGISET RATKAISUT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitoisuusluokituksen käyttöönottoa geriatrian ja yleislääketieteenosastoilla hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tarkoituksena on kerätä tietoa mahdollisista ongelmakohdista, luotettavuuteen vaikuttavista tekijöistä, koulutuksesta ja kehittämisestä. Tämän tutkimuksen avulla haen vastausta seuraaviin tutkimusongelmiin:

1. Miten hoitohenkilökunta on kokenut saamansa koulutuksen hoitoisuusluokitusmittarin käyttöönoton yhteydessä ja millaiset valmiudet koulutus antoi?
2. Hoitohenkilöstön näkemys, miten päästään luotettavaan rinnakkaisluokitteluun?
3. Miten yksikön hoitoisuusluokituskäytäntöjä tulisi kehittää?

4 AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimuksen aineisto on kerätty avoimella kyselylomakkeella hoitohenkilökunnalta. Tutkimuslupa on anottu kahdelta eri toimijalta. Aineisto on analysoitu sisällönanalyysia apuna käyttäen.

4.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksella on aina jokin tehtävä tai tarkoitus. Yleensä tutkimuksen tarkoituksena pidetään neljää seikkaa: tutkimus voi olla ennustava, kartoittava, kuvaileva tai selittävä. Kuvailevassa tutkimuksessa esitetään tarkkoja kuvauksia henkilöistä, tapahtumista tai tilanteista sekä dokumentoidaan ilmiöstä keskeisiä ja kiinnostavia piirteitä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2006, 128–130.) Tässä tutkimuksessa kuvataan hoitoisuusluokituksen käyttöönottoa geriatrian- ja yleislääketieteen osastoilla.

Määrällisessä tutkimuksessa kyselylomake on tavallisin tapa kerätä aineistoa, mutta myös laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä voidaan käyttää kyselyä. Kyselylomaketutkimuksessa vastaaja lukee itse kirjallisesti tehdyn kysymyksen ja vastaa myös kirjallisesti. Tällainen aineiston kerääminen soveltuu hyvin suurelle sekä hajallaan olevalla joukolle ihmisiä. Etuna kyselylomakkeessa on, että vastaaja jää aina tuntemattomaksi. Riskinä kuitenkin saattaa olla, että vastausprosentti jää alhaiseksi. Kyselylomakkeen kysymykset voivat olla joko monivalintakysymyksiä, avoimia kysymyksiä tai sekamuotoisia kysymyksiä. Avoimien kysymysten tavoitteena on saada vastaaja vastaamaan spontaanisti esitettyihin kysymyksiin, joissa vastaamista rajataan vain vähän. Tutkimusmenetelmän määrää avointen kysymysten analysointitapa eikä kysymystenmuoto. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 73; Vilkkä 2005, 73–87.)

4.2 Tutkimuksen toteuttaminen

Helmikuussa 2009 anottiin tutkimuslupa, johon saatiin puoltava lausunto organisaation ylihoitajalta. Tutkimuslupaa varten tarvittiin ensin

tutkimussuunnitelma ja valmiit kyselylomakkeet sekä suomen- että ruotsinkielisinä. Tutkimuslupa piti anoa myös FCG Finnish Consulting Group Oy:ltä, joka hallinnoi RAFAELA™-järjestelmää. FCG myönsi tutkimusluvan lopussa 2009.

Tutkimuksen kohderyhmänä ovat Pietarsaaren kaupungin sosiaali- ja terveysviraston geriatrian ja yleislääketieteen osastojen sairaanhoitajat sekä apu-, perus- ja lähihoitajat. Otoksen koko oli yhteensä 84 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa, joista 30 oli sairaanhoitajia ja loput 54 oli apu-, perus- ja lähihoitajia. Tutkimuksen joukosta rajattiin pois vuokratiloissa toisaalla työskentelevät hoitajat, sillä heillä ei ollut hoitoisuusluokitusta käytössä sillä hetkellä. Hoitohenkilökunnalle kyselylomakkeet jaettiin tutkimusluvan myöntämisen jälkeen. Pidin aiheesta jokaisella osastolla osastotunnin, jonka päätteeksi jaoin paikalla olleille kyselylomakkeet. Niille, jotka eivät olleet paikalla, laitoin kyselylomakkeen jokaisen nimellä varustettuun sisäiseen postinkirjekuoreen. Kyselylomakkeen mukana oli palautuskirjekuori, ja kyselylomakkeet sai palauttaa jokaisella osastolla olleeseen palautelaatikkoon. Jokainen sai kyselylomakkeen omalla äidinkielellään eli suomen- tai ruotsinkielisenä. Vastausaikaa heillä oli noin kaksi ja puoli viikkoa 3.2–19.2.2010. Kyselylomakkeita palautui palautelaatikkoihin 61 kappaletta vastausprosentin ollessa 72,6 %.

Tässä tutkimuksessa käytettiin teemallista kyselylomaketta, joka sisälsi seitsemän avointa ja kaksi strukturoitua kysymystä. Kyselylomakkeen alussa kysyttiin ammattia ja osastoa, jolla työskentelee. Kyselylomakkeen kysymykset 1-6 oli avoimia kysymyksiä, joilla hain vastausta kaikkiin tutkimustehtäviin. Viimeiseen kysymykseen vastaajat saivat kirjoittaa omat kommenttinsa. Kyselylomake esiteltiin kahdella ihmisellä, jotka saivat arvioida kriittisesti kyselylomaketta. Arvioinnissa tuli ottaa huomioon kysymysten ja ohjeiden selkeys ja vastaamiseen käytetyn ajan kohtuullisuus. Testaajien tuli myös arvioida, puuttuuko kyselylomakkeesta jokin olennainen kysymys tutkimusongelman kannalta sekä onko kyselylomakkeessa tarpeettomia kysymyksiä. Testaajien tuli kyetä antamaan perusteltuja kommentteja. (esim. Vilkkä 2005, 88–89.)

4.3 Aineiston analyysi

Avoimet kysymykset analysoitiin sisällön analyysillä. Sisällön analyysi on menettelytapa, jolla voidaan objektiivisesti ja systemaattisesti analysoida kirjoitettua aineistoa. Sisällön analyysin avulla pyritään saamaan kuvaus tulkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa. Laadullisen aineiston sisällönanalyysi voidaan tehdä joko aineistolähtöisesti, teorialähtöisesti tai teoriaohjaavasti. Näin voidaan käyttää ilmaisuja aineistolähtöinen eli induktiivinen ja teorialähtöinen eli deduktiivinen. Laadullisessa aineistossa ja sen analysoinnissa pyritään tuottamaan uutta tietoa. (Kyngäs & Vanhanen 3-5; Tuomi ym. 105–111.)

Ennen analyysin aloittamista sisällönanalyysissä tulee määrittää analyysiyksikkö, joka voi olla yksittäinen sana, lause, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus. Analyysiyksikön määrittämistä ohjaa tutkimustehtävä ja aineiston laatu. Avointen kysymysten analysointi aloitettiin kääntämällä ruotsinkieliset vastaukset suomen kielelle. Tämän jälkeen vastausten analysointi aloitettiin kirjoittamalla vastaukset sanatarkasti ja jakamalla samantyylliset vastaukset eri paperi kasoihin kysymys kerrallaan. Tässä analyysissä käytettiin deduktiivista lähestymistapaa, jonka sisällönanalyysiä voi ohjata jokin teema tai käsitekartta. Teorialähtöisen sisällönanalyysin ensimmäisessä vaiheessa muodostetaan analyysirunko, jonka sisälle muodostetaan erilaisia luokituksia tai kategorioita aineistosta induktiivisen sisällönanalyysin periaatteita noudattaen. Hoitajien avointen kysymysten pelkistetyt aineiston lausemat ja ajatuskokonaisuudet ryhmiteltiin tutkielmaongelmien sisältämien teemojen mukaisesti. Samansisältöiset alakategoriat yhdistettiin toisiinsa ja muodostettiin yläkategoria, jolle annettiin sisältöä vastaava nimi. (Kyngäs ym. 1999, 7; Tuomi ym. 2003, 112–117.)

5 TULOKSET

Avointen kysymysten laadullisen aineiston tulokset esitetään yhteenvedona ja valikoituna eli mahdollisimman tarkkaan samoilla termeillä kuin hoitohenkilöstö oli sen kirjoittanut. Aineiston suorat lainaukset on esitetty kursiivilla ja lainausmerkein. Lisäksi avointen kysymysten aineiston sisällönanalyysin tulokset on esitetty liitteenä alkuperäisin ilmauksin, pelkistetyin ilmauksin sekä ala-, ylä- ja yhdistävien kategorioiden mukaan. Tuloksissa termillä *hoitaja* tarkoitetaan sairaanhoitajia, apu-, perus-, tai lähihoitajia.

5.1 Hoitajien kokemuksia hoitoisuusluokituksen käyttöönottokoulutuksesta

Hoitajia pyydettiin kertomaan kokemuksiaan saamastaan koulutuksesta hoitoisuusluokitusmittarin käyttöönoton yhteydessä. Hoitajat saivat kirjoittaa avoimeen kysymykseen oman mielipiteensä saamastaan koulutuksesta. Yli puolet vastanneista hoitajista koki, että saatua koulutusta olisi parannettava. Suurin osa hoitajista ei ollut päässyt osallistumaan koulutukseen tai he olivat joutuneet yhtä aikaa tekemään hoitotyötä. Alle puolet koulutuksiin osallistuneista hoitajista piti saatua koulutusta hyödyllisenä.

5.1.1 Koulutuksen parantaminen

Osastoilla työskentelevien hoitotyön hoitajien mielestä liian vähäinen koulutus on vaikuttanut heidän kokemaansa hoitoisuusluokituskoulutukseen. Suurin osa hoitajista oli kokenut, ettei koulutusta ole järjestetty lainkaan. Samoin he kokivat, että koulutuksen järjestämisessä olisi parantamisen varaa. Suurimmaksi osaksi tähän vaikutti koulutuksen järjestäminen työajalla. Koulutuspäivinä työvuorosta vapaalla olevat hoitajat eivät osallistuneet koulutustilaisuuksiin. Koulutustilaisuuksia oli järjestetty useampia. Kuitenkaan kaikilla ei ollut mahdollisuutta osallistua tai he eivät yksinkertaisesti päässeet osallistumaan koulutustilaisuuksiin. Organisaation sisäinen kouluttaja oli käynyt osastoilla

antamassa koulutusta, mutta osastojen tilanne ei aina mahdollistanut siihen osallistumista. Hoitajat joutuivat samanaikaisesti hoitamaan potilaita ja vastaamaan osaston toiminnasta.

Seuraavat lainaukset ovat liitteestä kolme:

”Jag har inte varit på någon inskolning.”

”Har inte deltagit i någon egentlig skolning.”

”Eihän siihen ollut minkäänlaista koulutusta varsinaisesti.”

”...on käynyt antamassa koulutusta, niin olen ollut yhden kerran. Muuten meitä ei ole koulutettu asiasta mitenkään.”

”Koulutuksesta vastaava kävi osastolla, mutta kaikki työntekijät eivät silloin aina sattuneet olla paikalla.”

”Huonosti, yhden potilaan Rafaela käytiin läpi eräällä kahvitunnilla, siinä ei paljon ehtinyt kouluttautua.”

”Tyvärr var några patienter så oroliga vid detta tillfälle, att jag endast kunde närvara på halva mötet.”

”Jag hade så mycket jobb... att jag inte kunde delta någon längre stund.”

Hoitoisuusluokitusta pyrittiin oppimaan muilta koulutustilaisuuksiin osallistuneilta hoitajilta. Varsinkin kouluttamattomat hoitajat joutuivat turvautumaan työkavereiden apuun. Hoitajien mielestä toisilta oppiminen vaikuttaa myös luokittelun luotettavuuteen. Pieni osa hoitajista oli joutunut opettelemaan luokittelun itsenäisesti. Koulutustilaisuuksia oli pyydetty järjestämään lisää, jotta kaikilla olisi mahdollisuus kouluttautua.

”Endast lärt mig av mina arbetskamrater.”

”Tagit reda på själv.”

”Minua on opastanut työkaverit, joka ei siis mielestäni ole luotettavuuden kannalta hyvä asia.”

”Olen pyytänyt päästä koulutukseen.”

Hoitajat kokivat järjestetyn koulutuksen lyhyeksi. Pelkkä kahvitunti koetaan aivan liian lyhyeksi ajaksi oppia uutta. Koulutus olisi saanut tapahtua pienemmissä ryhmissä, jotta kaikilla olisi ollut mahdollisuus osallistua keskusteluun. Koulutukseen osallistuneiden hoitajien mielestä lisää koulutusta olisi tarvittu.

”...behövas mera skolning.”

”För litet sakkunnig handledning.”

”Borde ha varit mer skolning i mindre grupper...”

”Skolning var för kort...”

Hoitajat olisivat toivoneet erillistä koulutuspäivää. Hoitoisuusluokitusjärjestelmä koettiin tärkeäksi asiaksi, johon olisi pitänyt panostaa paremmin. Hoitajat toivoivat tarkennusta hoitoisuusluokitusten asiasisältöön. Epävarmuutta aiheutti kuusi hoitotyön osa-aluetta niihin liittyvine hoidontarpeisiin. Hoitajien mielestä hoitotyön osa-alueet yhdestä kuuteen ja A:sta D:hen olisi pitänyt käydä tarkemmin lävitse. Koulutus osastoilla oli tapahtunut osaksi vain toisella kotimaisella kielellä, joten 1/3 osa suomenkielisistä vastaajista ei saanut koulutusta omalla äidinkielellään.

”...skolningsdag skulle vara mera effektiv.”

”Olisi vielä tarkemmin pitänyt käydä läpi ajan kanssa miten eri kohdat luokitellaan.”

”...ohjaajakin puhui vain omalla äidinkielellään.”

5.1.2 Koulutuksen hyödyllisyys

Muutama hoitajista oli päässyt organisaation sisällä järjestettävään sisäiseen koulutukseen hoitoisuusluokitusjärjestelmästä. FCG:n ulkopuolinen kouluttaja oli antanut peruskoulutuksen RAFAELAT-järjestelmään. Konsulttiyrityksen antama

koulutus ei kuitenkaan antanut valmiuksia alkaa luokitella potilaita vaan se koettiin enemmän tiedotustilaisuudeksi.

”Olen ollut kaksi kertaa iltapäiväkoulutuksessa... Siellä käytiin läpi pääperiaatteet...”

”Järjestelmän esittely Otto-salissa... Tämä oli vain esittely, ei koulutus. ...ei mikään oppimis vaan tiedotustilaisuus.”

”Engång i Ottosalen före ibruktgandet fick vi skolning lite om hur det fungerade.”

Kaikki hoitajat eivät olleet tyytymättömiä saamaansa koulutuksen. Hoitajista 1/3 koki annetun koulutuksen hyödylliseksi, ja nämä hoitajat kokivat saaneensa riittävästi koulutusta hoitoisuusluokitukseen. Organisaation sisäisen kouluttajan antama opetus koettiin hyväksi ja asiantuntevaksi. Hoitajat olivat tyytyväisiä, kun edes joku kävi heitä opettamassa.

”Bra att det kom till avd en ”ansvars person” som hjälpte och gav råd.”

”Koulutus oli asiallista ja kaikki kohdat käytiin hyvin läpi.”

”Fick så jag var nöjd...”

*”Dock har det varit positivt att *** då och då kommit till avd o. väglett oss.”*

5.2 Koulutuksen antamat valmiudet hoitoisuusluokitusjärjestelmän toteuttamiseksi

Koulutuksen antamista valmiuksista toteuttaa hoitoisuusluokitusjärjestelmää oli hoitajista 26 % vastannut tyhjää tai hyvin niukasti muutamalla sanalla. Selitys tähän löytyy siitä, että koulutukseen osallistumattomat hoitajat eivät kyenneet vastaamaan tähän kysymykseen.

Koulutustilaisuuksiin osallistuneista hoitajista 76 % koki saamansa ohjeistuksen puutteelliseksi. Selkeä ja yhtenäinen ohjeistus luokitteluun puuttui. Kirjallisen materiaalin saaminen auttoi luokittelemisessä ja helpotti asioiden kertaamista jälkeensä. Hoitajien kesken oli muodostunut keskustelua hoitoisuusluokittelusta. Tämä oli aiheuttanut eri näkökantoja siihen, mihin hoitoisuusluokkaan kukin potilas kuuluisi.

”Koulutuksen mukana tulivat osastolle kirjalliset ohjeet. ...ovat sekä suomeksi että ruotsiksi.”

” ...tuntui että ohjeet vaihtuivat eri koulutuspäivinä.”

”Edelleen on vajausta tiedossa ei selkeitä ohjeita.”

”Onneksi kirjallinen materiaali josta sai itse jälkeensä lukea ja miettiä mitä se on käytännössä.”

”Huonot. Toiset sanoo toista toiset toista.”

Koulutuksen vähäisyys tai hoitajien jääminen kokonaan koulutuksen ulkopuolelle vaikuttivat negatiivisesti hoitajien vastauksiin. Muutama hoitaja ei pystynyt vastaamaan kysymykseen lainkaan vaan jätti vastauskohdan tyhjäksi. Toiset hoitajista kirjoittivat suoraan, etteivät olleet saaneet koulutusta lainkaan. Tällöin 13 % vastaajista sai työkavereiden tukea ja opastusta hoitoisuusluokitusta tehtäessä. Hoitajista 10 % oli joutunut itse ottamaan asioista selvää sekä opettelemaan itsenäisesti hoitoisuusluokittelua.

” ...työkavereiden tukea kylläkin.”

”Jag har diskuterat med arbetskamraterna... ...så att jag skulle kunna göra klassificeringen.”

”Kan inte säga eftersom jag inte fått någon särskild skolning.”

”Jag har nog mest tagit reda på egen hand med att läsa om klassificeringen.”

Melkein kaikki hoitajat kokivat epävarmuutta potilaiden luokittelemisen aloituksessa. Tähän ei vaikuttanut ainoastaan saatu koulutus. Koulutuksissa olleet hoitajat kokivat samalla lailla epävarmuutta aloittaessaan hoitoisuusluokitusta kuin kouluttamattomat hoitajat. Osastoilla koettiin, että hoitajilla oli niin sanottua hiljaista jakamatonta tietoa hoitoisuusluokitusjärjestelmästä.

”...en saanut riittäviä valmiuksia toteuttaa hoitoisuusluokitusjärjestelmää. Koin omat tiedot puutteellisiksi ja olin epävarma luokittelenko oikein.”

”En tuntenut itseäni varmaksi...”

”Osastolla on kirjoittamatonta tietoa...”

”Dåligt man är osäker...”

Koulutuksiin osallistuneet hoitajat saivat hyvät perustiedot ja valmiudet, joilla toteuttaa hoitoisuusluokitusta. Etukäteen harjoittelemalla hoitoisuusluokitusta hoitaja oppi järjestelmän hallintaa ja osaamista. Koulutuksen avulla saadut perustiedot auttoivat hoitoisuusluokittelussa.

”Man fick klara grunder att bygga på...”

”Så att jag kan göra det. I mitt tyckte bra.”

”...det var bra att jag (vi) fick öva på anonyma patienter hur klassificeringen gick till.”

”Som jag tänkt mig.”

5.3 Hoitoisuusluokitusjärjestelmän jatkokoulutuksen järjestäminen

Seuraavassa haettiin selvyyttä järjestettyyn jatkokoulutukseen hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönoton jälkeen. Hoitajista melkein puolet (49 %) oli sitä mieltä, että ei ole saanut jatkokoulutusta. Heidän mielestään jatkokoulutusta ei ollut järjestetty laisinkaan. Lopuille hoitajista jatkokoulutus tarkoitti kahvitunnilla tai osastotunneilla käytyjä keskusteluja tai

hoitoisuusluokitusvastaavan käyntejä osastolla. Hoitoisuusluokitusvastaava oli käynyt osastoilla kertaamassa hoitoisuusluokittelua. Rinnakkaisluokittelun opettelu koettiin jatkokoulutukseksi. Hoitajat odottivat jatkokoulutusta järjestettävän tulevaisuudessa.

5.3.1 Yhtenäisen jatkokoulutuksen puutteellisuus

Yhtenäisen ja kaikille mahdollistavan koulutuksen puutteellisuus näkyi vastauksissa. Melkein puolet vastaajista vastasi kielteisesti järjestettyyn jatkokoulutukseen hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönoton jälkeen. Jatkokoulutusta ei ollut järjestetty tai sitä oli järjestetty kerran. Hoitajilla on ollut onnea, jos he ovat päässeet osallistumaan jatkokoulutukseen. Jatkokoulutuksessa olleet hoitajat eivät olleet varmoja koulutuksen merkityksellisyydestä. Mukana oli hoitajia, jotka eivät edes olleet kuulleet jatkokoulutuksen järjestämisestä. Jatkokoulutus koettiin myös hoitajien kesken tapahtuvaksi oppimiseksi ja tiedon jakamiseksi.

”...olen itse ollut mukana yhden kerran.”

”Har inte hört av någon fortsättningskolning.”

”Ingen aning.”

”Inget extra endast från vårdare till vårdare...”

”...on taidettu harjoitella pienessä ryhmässä...

...onko sillä saavutettu mitään.”

”Ei niin mitään.”

”...jos sattui olemaan oikeassa paikassa oikeaan aikaan.”

5.3.2 Mahdollisuus osallistua jatkokoulutukseen ja sen järjestäminen tulevaisuudessa

Jatkokoulutus ymmärrettiin osittain osasto- ja kahvitunneilla käydyiksi keskusteluiksi sekä yhteisiksi hoitoisuusluokitteluiksi eri potilaista. Näillä osasto- tai kahvitunneilla potilaita luokiteltiin yhdessä ja samalla vertailtiin toisten vastauksia, mihin hoitoisuusluokkaan potilas kuuluu. Sisäinen kouluttaja kävi antamassa osastoilla neuvoja, ohjaamassa henkilökohtaisesti ja osallistumalla hoitoisuusluokittelun tekemiseen. Sisäisen kouluttajan vierailu osastoilla antoi turvallisuuden tunnetta hoitoisuusluokitteluun.

”Osastolla ollaan yhdessä muutaman kerran luokiteltu...”

...ja katsottu kuinka hyvin menee yksin.”

”Kahvitunnilla.”

”...osastotuntityyppistä koulutusta.”

”Kouluttaja käynyt osastolla ’kädestä pitäen’ neuvomassa...”

”...dykt upp då o då har känts tryggt.”

”...kävi ohjaamassa henkilökohtaisesti osastolla työaikana.”

”En gång fick jag även skolning ca ½ timme på arbetstid...”

”Henkilökohtaista ohjausta oli saatavilla parina päivänä...”

Osastoilla oli saatu perusopetusta hoitoisuusluokitusjärjestelmästä ja uutena asiana koettiin rinnakkaisluokittelut. Vastaajista 5 % koki rinnakkaisluokitteluun saadun koulutuksen jatkokoulutukseksi.

”Litet info på avdelningstimmen i samband med att parallellklassificeringen togs i bruk.”

”Rinnakkaisluokittelukoulutus oli osastolla x 1?”

”Dubbelklassificering”

Hoitajilla odottivat, että tulevaisuudessa tullaan järjestämään jatkokoulutusta, koska sitä tähän mennessä ei ollut järjestetty.

”Ingen fortsättningskolning ännu.”

”Tulossa on kai jotakin luokitukseen liittyvää...”

5.4 Luotettavan rinnakkaisluokittelun kehittäminen

Hoitajien vastauksista tuli esille selkeästi viisi seikkaa, joita pitäisi kehittää, jotta päästäisiin luotettavaan rinnakkaisluokitteluun. Edelleen vaaditaan koulutusta ja mielellään omalla äidinkielellä. Kaivatan erillistä koulutuspäivää, joka olisi suunnattu kaikille. Koulutuspäivä pitäisi pitää muualla kuin osastolla. Yhteistyötä hoitajien välillä tulisi kehittää, ja hoitajien pitäisi keskustella enemmän keskenään hoitoisuusluokitusta tehtäessä. Selkeällä ohjeistuksella varmistetaan, että kaikilla hoitajilla on samanlainen tieto ja taito. Hoitajat toivoivat myös, että hoitoisuusluokitusta tehtäessä heillä olisi aikaa luokitella kunnolla. Tavoitteena olisi saada rauhallinen tila hoitoisuusluokittelulle. Kirjaamisen merkitys näkyi myös selvästi vastauksissa. Kirjaamisen perusteella potilaat luokitellaan sekä rinnakkaisluokitellaan.

5.4.1 Koulutuksen ja yhteistyön kehittäminen

Hoitajat toivoivat vastauksissa kaikille yhteistä koulutusta, johon kaikilla olisi mahdollisuus päästä mukaan. Tavoitteena olisi saada myös lisää koulutusta, joka tapahtuisi muualla kuin osastoilla. Koulutuksen laatuun ja sisältöön tulisi myös panostaa. Pelkkä kirjallinen materiaali ei takaa oppimista. Suomenkielisistä hoitajista 1/3 koki, ettei ollut saanut perehdytystä ja opetusta hoitoisuusluokitukseen omalla äidinkielellään. Nämä hoitajat haluaisivat omat erilliset ryhmät koulutuksiin niin suomen kuin ruotsin kielelle.

”Enemmän koulutusta, voisi olla esim. nimilista jolla varmistettaisiin että kaikki ovat olleet mukana koulutuksessa.”

”Man borde få flere dar skolning...”

...man kunde sitta o. diskutera ordentligt ostört och ej under arbetstid!”

”Kaikille pitäisi antaa sama koulutus. Koulutuksen laatuun ja sisältöön pitäisi kiinnittää huomiota.”

”Monipuolista koulutusta ja kaikille yhtä paljon, riippumatta siitä, sattuuko olemaan töissä tietynä päivänä.”

”Skulle behöva ett större möte för att gå genom olika patienter för olika alternativ. ex. i ottosalen.”

”...visa på väggen på olika patienter varför man väljer olika alternativ.”

”Suomen- ja ruotsinkieliset koulutukset erikseen.”

”Lisää koulutusta OMALLA äidinkielellä.”

Keskinäistä hoitajien välillä tapahtuvaa yhteistyötä pitäisi kehittää tehtäessä hoitoisuusluokitusta. Yhdessä harjoittelemisen ja oppimisen parantavat rinnakkaisluokittelun luotettavuutta kuten yhteiset keskustelutilaisuudetkin. Moni hoitaja haluaisi luokitella yhdessä toisen hoitajan kanssa, mutta osaston tilanne ei sitä aina salli.

”Mer sammarbete mellan vårdare.”

”Harjoitella yhdessä luokittelemaan ja keskustella miksi luokiteltu näin.”

”Enemmän kunnon keskustelua sekä ohjausta...”

”Pitäisi olla aikaa keskustella muiden hoitajien kanssa luokittelusta.”

”Att vi skulle ha möjlighet att alltid vara 2 vårdare som klassificerar. Bättre när man funderar tillsammans, inte alltid möjligt att vara 2.”

”Työssä olisi kiva jos voitaisiin parina tehdä arvio yhdessä keskustellen.”

”...luokitella kahdestaan ja keskustella enemmän...”

Hoitoisuusluokitusjärjestelmän ohjeet koettiin epäselviksi. Selkeät ohjeet eri työtehtävien vaativuudesta puuttuivat osastoilla. Ohjeisiin kaivattiin esimerkkejä, selkeitä vaihtoehtoja ja ohjeiden tarkentamista. Luokitusta tehtäessä hoitajien pitäisi ajatella samalla lailla. Kuitenkin tämä saatettiin kokea hankalaksi, sillä jokainen ajattelee työtehtävät eri lailla.

”...pitäisikö olla selvemmat ohjeet eri työtehtävien vaativuudesta, mihin luokitustasoon kuuluvat...”

”...päivät ovat erilaisia, jaksaminen ja stressi vaikuttavat myös asioiden ja työn raskauteen...”

”Tydligare instruktioner o. exempel.”

”Nykyiset ohjeet ovat hyvin epäselvät...”

”Eftersom vi gör många som gör Rafaela, så finns det lika olika åsikter.”

”Ohjeet saisivat olla tarkemmat ja paremmat.”

”Det är mycket svårt att göra en parallellklassificering för ingen tänker lika.”

”Vi borde väl nog ha ett gemensamt tankesätt en gemensam linje i hur vi ska bedöma.”

...jag tror inte det är så 'bara' att få alla i personalen att tänka lika.”

5.4.2 Kiireetön työskentelyilmapiiri

Hoitajien mielestä osastotyöskentelyn ja hoitoisuusluokittelun yhdistäminen tuntui työläältä. Hoitoisuusluokitusten tekeminen on pois potilaiden hoidosta, sillä luokittelua ei saada hetkessä valmiiksi. Potilaita pitäisi hoitaa samanaikaisesti ja samalla vastata muusta osastotoiminnasta hoitoisuusluokittelua tehtäessä. Hoitajat toivoivat saavansa erillisen rauhallisen tilan toteuttaa hoitoisuusluokitusta. Potilaat ja omaiset keskeyttävät useimmiten luokittelemisen. Samalla osastolla pitäisi olla riittävästi henkilökuntaa, jotta hoitoisuusluokittelulle

jäisi riittävästi aikaa. Osastoilla on usein kiirettä, joka vaikuttaa luokittelun luotettavuuteen.

”Ostörd tid reserverad för klassificering helst i ett rum dit patienter och anhöriga inte kommer.”

”Man bör ha mera tid att sitta och få sitta lugn o ro och inte svara på klockorna mellanåt.”

”Pitäisi pyrkiä järjestämään oikeanlaiset olosuhteet: rauhallinen paikka, riittävästi aikaa, ...”

”Som det är nu kan man aldrig i lung o ro klassa...”

”Som det är nu hinner ingen dokumentera tillräckligt bra i många fall före man klassa.”

Kirjaamisen tärkeys näkyi vastauksissa, ja kaikkien hoitajien täytyy tietää miten kirjataan. Selkeä kirjaaminen helpottaa hoitoisuusluokitusta ja varsinkin rinnakkaisluokittelua. Oikeanlaisella ja tarkalla kirjaamisella hoitoisuusluokittelu helpottuu ja auttaa pääsemään luotettavaan luokitteluun.

”Samt att alla borde dokumentera noggrant.”

”Mera personal så att man hinner dokumentera ordentligt!!!”

”Alla måste veta hur man vårddokumenterar, var man skriver vad.”

”...(dokumenterar lika, viktigt att skriva upp små saker som man gör automatiskt t.ex. svarar på klockor för små saker mm).”

”Alla bör känna sitt ansvar med dokumenteringen och noggrant fylla i klassificeringen, så tror jag att vi når en god parallellklassificering.”

5.5 Kirjaamisen vaikutus hoitoisuusluokituksen luotettavuuteen

Hoitajat kokivat hoitotyön kirjaamisen vaikuttavan hoitoisuusluokituksen luotettavuuteen, sillä kirjaamista pidetään tärkeänä. Heidän mielestään kirjataan liian vähän tai osa hoitotyöstä jää kirjaamatta kokonaan. Kirjaamatta jättäminen

vaikuttaa potilaan hoitoisuuteen eikä se anna oikeanlaista kuvaa hoitotyön vaativuudesta. Hoitoisuusluokitukset tehdään kirjaamisen perusteella, siksi jokaisen hoitajan pitäisi pystyä luokittelemaan potilas kuin potilas. Hoitajien mielestä kiireellä on osavaikutus hoitoisuusluokituksen luotettavuuteen. Kiireisinä päivinä ei ehditä kirjaamaan kunnolla. Päivitetyt hoitosuunnitelmat helpottavat niin kirjaamista kuin itse hoitoisuusluokitusta.

5.5.1 Kirjaamisen merkitys hoitoisuusluokitteluun

Kirjaamista pidetään tärkeänä hoitoisuusluokittelun luotettavuuden kannalta. Hyvä ja huolellinen kirjaaminen antaa paremmat mahdollisuudet luokittelulle. Luokittelu on luotettavaa varsinkin jos potilasta ei tunne entuudestaan tuloksiin vaikuttaa huono kirjaaminen, joka ei välttämättä vastaa potilaan sen hetkistä hoitoisuutta. Täten potilaat luokitellaan liian usein helppohoitoisiksi. Hoitajien näkemysten mukaan kirjaamisessa olisi parantamisen varaa. Kirjaaminen koetaan usein puutteelliseksi, ja osa hoitotyöstä jätetään kokonaan kirjaamatta.

”Dokumenteringen är viktig.”

”Dokumenteringen är mycket viktig för att man skall klassificera rätt.”

”För dåligt dokumenterat, men vi klassificerar bara dem vi känner.”

”En bra dokumentering är bäst tillförlitlig.”

”Mycket stor speciellt om pat. är ny på avd.”

”..meidän kirjaaminen on puutteellista...”

”...jos on kirjattu huonosti niin tulee liian hyviä tuloksia jotka eivät vastaa pot. kuntoa ym.”

”Det är mycket viktigt att allt dokumenteras.”

”Dåligt. Alla ’tänker’ olika för är det mycket arbete på avd. så alla ’små saker’ som blir gjorda dokumenteras inte...”

”Jos hoitotyötä ei ole kirjattu, sitä ei ole tapahtunut. Jätetään kirjaamatta asioita, joita pidetään itsestään selvyytenä...”

Jokaisen hoitajan tulisi pystyä luokittelemaan potilas kuin potilas pelkän kirjaamisen perusteella. Hoitoisuusluokitus koetaan helpommaksi tehdä, jos kaikki hoitotyö on kirjattuna. Kirjaamaton hoitotyö vaikuttaa hoitoisuusluokittelun luotettavuuteen. Hoitajien mielestä osa luokittelee potilaat liian aikaisin päivällä, ja tämän jälkeinen hoitotyö ei tule huomioitua hoitoisuusluokitusta tehtäessä.

”Kun kirjaaminen on tehokasta kuka tahansa pystyy luokittelemaan vaikkei tuntisikaan potilasta...”

”Om alla skriver bra vad de gjort under dagen har man lättare att klassificera, fast man inte skött patienten den dagen.”

”Jos asioita ei ole kirjattu, voiko hoitoisuusluokitus olla luotettava...”

”Har man inte dokumenterat så är det svårt att klassa rätt.”

”Viktigt med god dokumentering, för oberoende om man känner pat. skall man kunna klassa så lika som möjligt.”

”Myöskin monet tekevät arvion liian aikaisin päivällä joten se ei ole todellinen.”

”Hoitotyön kirjaamista ei edes huomioda hoitoisuusluokituksessa, jos luokitus tehdään päivällä klo 13...”

...”hoitotyön toimintoja tapahtuu klo 13–15 välisenä aikana, ...”

5.5.2 Kiireen merkitys kirjaamiseen

Hoitajien mielestä hoitotyö vie suurimman osan työajasta. Kirjaamisen perusteella tiedetään, mihin hoitajat käyttävät eniten aikaa. Kuitenkin kirjaamiselle ei jää riittävästi aikaa, vaikka kirjaaminen koetaan tärkeäksi osaksi hoitotyötä. Kiireisinä päivinä tulee kirjattua huonommin kuin rauhallisina päivinä. Kiireessä ei ehditä kirjata niin tarkasti kuin pitäisi, mikä taas vaikuttaa hoitoisuusluokittelun luotettavuuteen.

"...och att det fram kommer hur mycket tid man verkligen lägger ner på olika arbetsmoment."

"Ibland hinner vi inte skriva in färdigt från rondan..."

"Fastän vi då jobbat mycket, är jag rädd, att det inte blir upptaget i klassificeringen."

"Kun on kiire kirjataan vähemmän ja kun on rauhallista kirjataan enemmän..."

"Viktigt att vi tar oss tid att dokumentera, en viktig del av vårt arbete."

"Vill påstå att inte precis allt dokumenteras kanske p.g.a. tidsbrist."

"...mitä kovempi kiire osastolla on, sitä huonompaa kirjoittaminen on."

"Ongelmana näen kiireen."

"Luokittelua tehtäessä kiire ei näy, koska kaikkea työtä ei ole kirjattu ylös."

"Man borde hinna dokumentera ordentligt först, och det hinner ingen i dagsläget."

Hoitosuunnitelmien katsotaan helpottavan kirjaamista myös kiireen keskellä. Hoitoisuusluokitus voidaan tehdä pelkästään hoitosuunnitelman perusteella, jos hoitosuunnitelma on ajan tasalla. Hoitosuunnitelmat ovat käytössä enimmäkseen pitkäaikaishoidetuilla. Hoitosuunnitelmat tarkastetaan kirjaamisen yhteydessä.

"Pitkäaikaishoidetuilla on hyvänä apuna 'hoitosuunnitelma' ..."

"...silloin voi hyvin luokitella sen perusteella edellyttäen että päivän hoidot on kirjattu 'hoitosuunnitelmasta' poiketen."

"Om det är bra dokumenterat går det bra och finns det på 'gersu-bladet' en 'vårdplan' behöver man bara skriva om det varit något extra."

"Ajan tasalla oleva hoitosuunnitelma olisi oltava ja siinä olennaiset asiat."

"Samt att kolla vårdplanen."

5.6 Hoitajien kokemuksia hoitoisuusluokitustulosten esittämisestä

Hoitajien mielestä hoitoisuusluokituksesta saatuja tuloksia oli esitelty osastolla monella eri tavalla. Osa hoitajista oli nähnyt seinällä listan, jota sai itsenäisesti tutkiskella. Toiset hoitajat olivat olleet yhteisissä kokoontumisissa kuulemassa tuloksista, kun taas muutama hoitaja ei ollut saanut tuloksista tietoa lainkaan tai tietoa oli annettu vain satunnaisesti. Toisille hoitajille oli annettu suoraa palautetta luokituksen onnistumisesta tai epäonnistumisesta.

Kahdeksan prosenttia hoitajista ei ollut kuullut lainkaan hoitoisuusluokituksesta saatuja tuloksia. Syyksi he arvelivat olleensa vapaalla työstä. Tuloksista kuulleet hoitajat olisivat halunneet tietää enemmän, sillä tuloksista oli puhuttu liian vähän.

”Har inte fått resultaten presenterat personligen.”

”Vet ej. Har kanske varit ledig just då.”

”Dåligt.”

”Vähän on ohimennen mainittu tuloksista.”

”Jag har inte varit o arbete när man har presenterat vårdtyndsklassificering.”

”...minun mielestä ei tarpeeksi.”

Hoitajista 21 % oli nähnyt seinällä listan, josta oli saanut itsenäisesti tutkiskella saavutettuja tuloksia. Näistä osa ei ollut ymmärtänyt lainkaan listan sisältöä. Pieni osa hoitajista oli saanut suoraa palautetta rinnakkaisluokittelun sujuvuudesta. Palaute oli koskenut hoitoisuusluokittelua, kun hoitajat eivät osaa luokitella oikein. Palaute oli enimmäkseen ollut vain negatiivista.

”En lista uppsatt på väggen, där man kan se hur parallellklassificeringen lyckats...”

”Olen nähnyt yhden ´lapun´ seinällä jota en osannut tulkita.”

”Pitää osata tiedustella!”

"ISO lista seinällä ja selvästi ympyröidyt kohdat (surkeat tulokset + jotkut onnistuneen sattumat)."

"...haukkui ja moitti meitä suureen ääneen, että kun emme osaa."

"Moittien, kun ei osata..."

Tuloksia hoitoisuusluokituksista oli esitelty hoitajien yhteisissä kokoontumisissa osastotunneilla, kahvitunneilla ja henkilökunta kokouksissa. Yleensä saavutettuja tuloksia oli esitelty osastonvastaava.

"Vi har haft avd. timme."

"Fått information om resultatet på personalmötet."

"Työpaikkakokouksessa esiteltiin tuloksia."

"De har presenterats i samband med ett morgonmöte i kafferummet..."

"Minun tietääkseni tuloksia on menty läpi kerran kahvitunnilla..."

"Av avdelningsföreståndaren..."

"Osastonhoitaja on yhdessä henkilökunnan kanssa keskustellut tuloksista ja näyttänyt kuinka olemme suoriutuneet..."

Rinnakkaisluokituksen aikana hoitajista 26 % oli saanut tietoa tuloksista. Heille oli tulostettu listat, joista näkyi, miten rinnakkaisluokittelu oli edennyt.

"Ja då vi parallellklassificerat."

"...tiedän ainoastaan ensimmäisen rinnakkaisluokituksen tulokset."

"Utprintat lista av dubbelklassificering."

"Yhden kerran oli papereita rinnakkaisluokittelusta ja siitä kuinka pielessä ne oli."

Rinnakkaisluokitus ei ollut edennyt toivotulla tavalla kaikilla osastoilla. Tällöin hoitajilta alettiin vaatia yhtenevää luokitusta, ja tehdyistä virheistä annettiin negatiivista palautetta.

”Tehdyistä virheistä on kerrottu.”

”...ei olla ylletty vaaditulle tasolle ja kehotettu petraamaan.”

”I ganska negativa ordalag: vårdare nämnda vid namn och vilka dåliga resultat som uppnåts.”

”Rätt positivt, men alla har nog satt sig in i situationen.”

”...piti saada yhtenevät tulokset tietyssä ajassa (hinnalla millä hyvänsä)...

...tuli pieni huijauksen tunne.”

5.7 Muita kommentteja hoitoisuusluokitusjärjestelmästä

Hoitoisuusluokitusjärjestelmän tekeminen vie hoitajilta aikaa, joka on pois potilaiden hoidosta. Hoitajat haluaisivat, että luokittelulle olisi varattuna enemmän aikaa. Luokitteleminen jää yleensä perushoidosta vastaaville, koska sairaanhoitajilla on muita töitä silloin, kun luokittelua pitäisi tehdä. Työparin kanssa on harvoin aikaa luokitella yhdessä. Tällöin perushoidosta vastaava ei välttämättä tiedä kuinka paljon sairaanhoitaja on käyttänyt aikaa esimerkiksi potilaan asioiden selvittämiseen. Hoitaja ei saisi luokitella kuin muutaman potilaan kerrallaan, mutta hoitajat olivat joutuneet luokittelemaan kaikki oman moduulin potilaat samalla kertaa. Samoin hoitoisuusluokitus tehdään liian aikaisin päivällä, jolloin kirjaamista ei ole ehditty suorittaa.

”Den tar mycket tid av oss. Som vi skulle ha kunnat ägna åt patienterna i stället.”

”Ottaa paljon aikaa ´potilastyöstä´.”

”Tillräckligt med tid borde reserverat för klassificering.”

”Aikaa menee paljon luokitteluun. Työ jää meille perushoitajille (siis luokittelu).”

”Man borde inte klassa mer än 5/gång per skötare (ibland klassar man hela modulen).”

”Harvoin on aikaa yhdessä työparin kanssa miettiä asioita. Uskon, että lähihoitaja ei aina ole tietoinen siitä, kuinka paljon sh on käyttänyt aikaa esim. potilaan jatkohoidon selvittelyssä...

Joillakin on tapana luokitella jo klo 12... Silloin ei vielä ole tehty tai kirjattu läheskään kaikkea.”

”Luokitus tehdään liian aikaisin kun osa asioista on vielä kirjaamatta.

Toiveena olisi saada käytännön harjoittelua ja ympäri vuoden tapahtuvaa koulutusta niin kirjaamisesta kuin luokittelemisesta. Kaikilla pitäisi olla mahdollisuus osallistua koulutustilaisuuksiin. Koulutustilaisuudet pitäisi järjestää molemmilla kotimaisilla kielillä. Hoitoisuusluokitusjärjestelmän ohjeistukseen kaivataan enemmän selkeyttä.

”Ordentlig handledning några gånger i året i dokumentation o klassificering.”

”Enemmän koulutusta ja käytännön harjoittelua.”

”Tror att vi alla behöver mera skolning.”

”Alla borde få möjlighet att vara med på skolning.”

”Koulutus pitäisi järjestää myös suomenkielellä!”

”Jag tycker att de uppställda anvisningarna som finns för hur man ska bedöma är mycket svårtolkade, svåra att förstå!”

”...täyttöohjeet eivät mielestäni ole hyvät, koska ne ovat liian ympäripyöreitä. Ne tulisi olla selkeämmät.”

Hoitajat epäoiväivät hoitoisuusluokitusjärjestelmän todellista hyötyä. Taloudellisen laman aikana henkilökuntaa vähennetään, vaikka hoitotyössä henkilökuntaa pitäisi lisätä. Hoitajat epäoiväivät esimiesten kiinnostusta saatuihin tuloksiin. Hoitajat toivoivat konkreettisia esimerkkejä hoitoisuusluokitusjärjestelmän hyödyistä. Kuitenkin hoitoisuusluokitusjärjestelmä koetaan hyvänä asiana. Hoitajat olivat tyytyväisiä, kun hoitoisuusluokitusjärjestelmä on otettu käyttöön. Hoitoisuusluokitusjärjestelmän koetaan olevan ainoa mittari, jolla voidaan mitata työn kuormittavuutta.

"Saadaanko siitä todella se hyöty mihin se on tarkoitettu..."

"Jag undrar till vilken nytta i dessa spartider."

"...väkeä vain vähennetään, vaikka tilastojen mukaan tarvittaisiin lisää käsipareja."

"Hoit.luok.järjestelmä on varmasti hyvä mutta reagoidaanko tuloksiin?!"

"...hyvä juttu, jos niitä joskus joku katsoo ja tulkitsee."

"Ei ole näkynyt esim. hoitajien lisäyksenä. En tiedä mihin he tätä tarvitsevat."

"...får vi mera vårdare?"

"Äntligen har vi en 'mätare' där vi kan mäta vårddyngdes..."

"...så att det ger en rättvis bild av vårt arbete."

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa kyselylomakkeen avulla tietoa hoitoisuusluokituksen käyttöön otosta geriatrian ja yleislääketieteen osastoilla hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tarkoituksena oli sekä selvittää tutkimuksen avulla hoitohenkilökunnan kokemus saamastaan koulutuksesta ja siitä, millaiset valmiudet koulutus antoi että löytää keinoja, miten päästään luotettavaan rinnakkaisluokitteluun. Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa, jota voitaisiin käyttää hoitoisuusluokituksen käytäntöjen kehittämiseen osastoilla.

Hoitajat kuvasivat kokemuksiaan saamastaan koulutuksesta hyödyllisiksi niiden osalta, jotka olivat päässeet järjestettyihin koulutustilaisuuksiin. Koulutusta oli parannettava niiden osalta, jotka pitivät järjestettyä koulutusta liian lyhyenä. Hoitajat, jotka eivät päässeet järjestettyihin koulutustilaisuuksiin, joutuivat opettelemaan hoitoisuusluokitusjärjestelmän itse tai opettelemaan sen toisilta kollegoilta. Nämä hoitajat toivoivat lisää koulutuspäiviä, joille kaikilla olisi mahdollisuus osallistua. Koulutuksen avulla saadut valmiudet toteuttaa hoitoisuusluokitusjärjestelmää vaihtelivat hoitajien kesken. Selkeän ja yhtenäisen ohjeistuksen puuttuminen nähtiin epäkohtana. Kirjallisen materiaalin saaminen auttoi myöhemmin hoitoisuusluokitusta tehtäessä. Myös koulutuksen avulla saadut perustiedot koettiin hyödyllisiksi. Kaikki kokivat epävarmuutta hoitoisuusluokitusjärjestelmän toteuttamisessa.

Lähes puolet hoitajista koki, ettei jatkokoulutusta ollut järjestetty. Jatkokoulutus ymmärrettiin yhteisiksi keskusteluiksi esimerkiksi kahvitunneilla. Rinnakkaisluokituksen läpikäyminen katsottiin jatkokoulutukseksi, mutta tulevaisuudelta odotettiin lisää koulutusta.

Riittävä koulutus on edellytys hoitoisuusluokitusta käyttävälle hoitohenkilökunnalle. Koulutusta tarvitaan koko ajan niin aloitusvaiheessa kuin myöhemmin koko käytön aikana. Koulutusta tarvitaan ainakin hoitoisuuden arviointiin ja luokituksen teoreettisiin näkemyksiin. Koulutuksen ja ohjauksen lisäksi tarvitaan kirjallista materiaalia ja selkeät käyttöohjeet. Hoitoisuusluokitusjärjestelmän perustieto on hyvä koota kansioksi, joka löytyy

jokaiselta osastolta. Organisaatiolta edellytetään sitoutumista ja osallistumista kehittämistyöhön. (Ala-Nikkola, Mönkäre & Rajala 2005, 21; Kaustinen 1995, 58–68; Raitala 1999, 19.)

Hoitajien mielestä keinoina päästä luotettavaan rinnakkaisluokitteluun oli kirjaaminen, ajankäyttö (kiire), luokitteleminen oikeaan aikaan ja hoitosuunnitelmat. Turulan tutkimuksessa (2000, 101–104) suhtautuminen hoitosuunnitelmaan on positiivista. Kirjaamista on syytä kehittää, kun tarkastellaan kirjallisen potilastiedotuksen sisältöä. Tietojen kirjaaminen helpottaa hoitoisuusluokituksen tekemistä, kun hoitosuunnitelmissa ja hoitoisuusluokituksissa käytetään hoitotyön kuutta osa-aluetta. Kaustisen (1995, 66–78) tutkimuksen mukaan luokitusta ei ehditä tehdä kiireen vuoksi. Kun hoitoisuusluokituksen käyttö on opittu ja sisäistetty, tapahtuu luokitus nopeasti. Luokitusta on vaikea tehdä, jos ei ole omahoitajamallia käytössä. Omahoitaja tuntee potilaan hyvin ja näin parantaa hoitoisuusluokituksen luotettavuutta.

Motivaation, luotettavuuden arvion ja tilastojen luomisen takia on tärkeää, että osastoilla esitetään kuukausiraportit heti alusta lähtien hoitohenkilökunnalle. (Ala-Nikkola, Mönkäre & Rajala 2005, 21–22.) Hoitajien mukaan tiedon saantia olisi kehitettävä. Hoitoisuusluokituksesta saatuja tuloksia oli esitelty osastoilla vaihtelevasti. Tuloksia oli tuotu esille erilaisin listoin, suoran palautteen kautta, yhteisissä kokoontumisissa ja rinnakkaisluokituksen yhteydessä.

Tähän tutkimukseen osallistuneiden hoitajien vastaukset tukevat jo aiemmin tuotettua teoreettista viitekehystä. Aikaisempien tutkimusten valossa kirjaaminen tukee hoitoisuusluokitusta (Turula 2000), koulutuksen avulla pidetään osaamista yllä (Kaustinen 1995, Raitala 1999) ja rinnakkaisluokituksen avulla testataan luokittelijoiden välistä yksimielisyyttä. Koulutus ja kirjaaminen yhdessä tukevat luotettavaa rinnakkaisluokitusta.

Heinolan kaupungin terveystoimi ja Qualisan Oy toteuttivat vuosina 2003–2005 yhteistyönä pilottihankkeen. RAFAELA™-järjestelmän pilottiprojektin loppuraportin mukaan koulutusta järjestelmän käyttöön on lisättävä perusterveydenhuollon henkilökuntarakenteen erilaisuudesta johtuen. Koulutusta

oli lisätty henkilökunnan toivomuksesta, mutta sitä olisi haluttu vielä lisää. Lisäkoulutusta tulisi järjestää kahden kuukauden kuluttua viimeisestä koulutuksesta, jotta saadaan varmuutta mittarin käyttöön keskustelemalla esiinnousseista kysymyksistä. Ohjeiden soveltaminen käytäntöön vaatii esimerkkitapausten läpikäymistä. Pilottiprojektin raportti tukee tästä tutkimuksesta saatuja tuloksia. (Frilund, West, Parviainen, Nukari, Raunio, Salmela & Fagerström 2006, 7–45.)

Aiemmissa tutkimuksissa on selvitetty hoitoisuusluokituksen käyttötarkoituksia ja eri terveydenhuoltoalueiden käytössä olevia hoitoisuusluokitusmittareita. Yliopistotason tutkittua tietoa hoitajien kokemuksista hoitoisuusjärjestelmästä en löytänyt. Ammattikorkeakouluihin oli tehty opinnäytteitä, joissa oli kysytty hoitajien näkökulmia hoitoisuusluokitusjärjestelmään. Sama hoitoisuusluokitusmittari ei sellaisenaan sovi kaikille osastoille. Eräitä hoitoisuusluokituksia voidaan käyttää pitkäaikaishoidossa ja akuutissa hoidossa, mutta hoitoisuusluokitusmittareita on kehitetty vastaamaan eri osastojen hoitotyötä. Psykiatriseen hoitoon on esimerkiksi kehitetty oma hoitoisuusluokitusmittari käyttäen apuna Oulu-hoitoisuusluokitusta. (Raitala 1999, 23; Sundström 2003, 22–36.)

Tutkimus oli kokonaisuudessaan melko onnistunut. Tutkimuksen avulla saatiin tietoa siitä, mikä hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönotossa oli hyvää ja mikä huonoa. Samalla selvitettiin koulutuksen antamat valmiudet toteuttaa hoitoisuusluokitusjärjestelmää. Lisäksi saatiin selville, millaisia muutoksia pitäisi tapahtua, että rinnakkaisluokittelu saadaan onnistumaan tulevaisuudessa paremmin.

7 POHDINTA

Kvalitatiivisen aineiston kokonaisluotettavuus muodostuu reliabiliteetista ja validiteetista. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseen ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita. Tutkimus voidaan arvioida kokonaisuutena, jolloin arvioinnin kohteena on sisäinen johdonmukaisuus. Tutkimuksen luotettavuus liittyy tulkintaan havainnoista. Laadullisen tutkimuksen ulottuvuus edellyttää teoreettisen mallin vastaavuutta ja tutkijan tekemiä havaintoja. Tutkimuksen luotettavuudelle on ominaista, että tutkimus on tehty tutkimukselle asetettujen tieteellisten kriteerien mukaisesti. Tutkimuksen luotettavuuden arviointiperusteena on tutkija itse. (Eskola & Suoranta 1999, 211; Heikkilä 2008, 185; Silverman 1997, 207–212; Tuomi ym. 2003, 135.)

Kyselylomakkeiden luotettavuus perustuu tutkijan omaan harkintaan saadun tiedon luotettavuudesta. Kyselylomaketta käyttävä tutkija ei voi esittää lisäkysymyksiä vastaajille kuten esimerkiksi haastattelututkimuksessa. Ongelmia saattaa tuottaa liian lyhyet vastaukset tai kuvaukset vain ranskalaisin viivoin. Tarkoituksena on valita aineisto, joka sisältää monipuolista tietoa tutkittavaan asiaan. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 218–219.)

Tutkimusaineisto koostui Pietarsaaren kaupungin sosiaali- ja terveysviraston geriatrian ja yleislääketieteen osastojen 6, 7 ja 8 hoitajien täyttämistä avointen kysymysten lomakkeista. Hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönottoa kuvaamaan oli valittu kolme samanlaista osastoa ja erilaisissa tehtävissä työskentelevä hoitohenkilökunta. Tämän tutkimuksen tuloksia voi verrata ja yleistää muihin organisaatioihin, joissa hoitoisuusluokitusjärjestelmä on otettu käyttöön. Kuitenkin tuloksia olisi helpompi verrata kaksikielisiin organisaatioihin.

Tutkielman tekijä ei pystynyt tunnistamaan yksittäisiä vastaajia. Saadut tulokset on raportoitu yhdessä kaikkien osastojen kesken. Tutkielma on pyritty toteuttamaan niin, että hoitajille ei koituisi haittaa eikä ylimääräistä vaivaa. Tutkimusluvan saamisen jälkeen tutkija piti jokaisella osastolla aiheeseen liittyvän osastotunnin ja jakoi paikalla olleille hoitajille kyselylomakkeet. Paikalle pääsemättömät hoitajat saivat kyselylomakkeet talon sisäisen postin kirjekuoressa,

joka sisälsi palautuskuoren. Kyselylomakkeesta löytyivät tutkijan yhteystiedot mahdollista yhteydenottoa varten. Tutkimus kohdistui hoitohenkilökuntaan eikä siitä aiheutunut haittaa potilaille.

Tutkimustulokset esiteltiin yhteenvedona ja mahdollisimman tarkkaan samoilla termeillä kuin hoitohenkilöstö oli sen kirjoittanut. Aineiston suorat lainaukset oli esitetty kursiivilla ja lainausmerkein. Hoitaja-sanalla tarkoitettiin apu-, perus-, lähihoitajia tai sairaanhoitajia. Tutkimusaineistona oli Pietarsaaren kaupungin sosiaali- ja terveysviraston geriatrian ja yleislääketieteen osastojen sairaanhoitajien sekä apu-, perus- ja lähihoitajien avointen kysymysten vastauslomakkeet.

Tutkimuskysymykset koostuivat taustakysymyksistä ja avoimista kysymyksistä. Taustakysymyksiin kuuluivat vastaajan ammatti ja millä osastolla työskenteli. Taustakysymyksiä ei analysoitu tässä tutkimuksessa, sillä vastaukset olivat samankaltaisia osastosta riippumatta. Avoimissa kysymyksissä vastaaja sai vapaasti kirjoittaa, mitä mieltä hän kustakin asiasta oli. Lopuksi vastaajalla oli mahdollisuus antaa omat kommentit hoitoisuusluokitusjärjestelmästä.

Tutkimusaineiston käsittely alkoi kääntämällä ruotsinkieliset suorat lainaukset suomen kielelle. Kääntäjä tarkisti suomennokset ja teki mahdolliset korjaukset. Itse tekstissä on ruotsinkieliset alkuperäiset ilmaisut. Tutkimustuloksia käsiteltiin sisällön analyysiä apuna käyttäen. Analysointi aloitettiin kirjoittamalla ja jakamalla samantyylliset vastaukset eri paperikasoihin kysymys kerrallaan. Jokainen vastauslomake analysoitiin ja otettiin huomioon aineistoa kasattaessa. Tämän jälkeen tehtiin analyysirunko alkuperäisten ja pelkistettyjen ilmausten perusteella. Näistä muodostettiin ala- ja yläluokat, pääluokka sekä yhdistävä luokka.

Kyselylomakkeeseen vastasi yhteensä 61 hoitajaa 84:stä hoitohenkilökuntaan kuuluvasta työntekijästä. Tutkimus olisi ollut edustavampi ja luotettavampi, jos kyselyyn olisi vastannut vielä useampi hoitaja. Hoitajia olisi voinut muistuttaa ja kannustaa vastaamaan useammin. Tässä tutkimuksessa suurin osa palautti kyselylomakkeet. Syytä tutkimuksen katoon on vaikea selvittää, sillä tutkimus

tapaukset tapahtui loma-ajan ulkopuolella. Voi olla, että osa hoitajista ei halunnut osallistua tutkimukseen. Vastausaikaa hoitajilla oli reippaasti yli kaksi viikkoa.

Tutkimuksen tekemisessä tarkoituksena on tehdä eettisesti perusteltuja ratkaisuja jo valittaessa tutkimusaihetta. Tutkittavien henkilöiden tulee tietää, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, ja heidän tulee antaa suostumus tutkimukseen. Julkaisuvaiheessa on kiinnitettävä huomiota vastaajien anonymiteetin säilymiseen, koska tutkimuksessa on suoria lainauksia aineistosta. Vastaajien lähiympäristö ei myöskään saa tunnistaa heitä. Tulosten julkaisussa ei saa tulla esille mitään, joka aiheuttaisi hankaluuksia vastaajalle. (Hirsjärvi ym. 2006, 26–27; Paunonen ym. 2006, 30–31.)

Ennen tutkimuksen alkua tutkimuslupa haettiin tutkimusetiikkaa noudattaen tutkimukseen osallistuvan organisaation ylihoitajalta sekä FCG Finnish Consulting Group Oy:ltä, joka hallinnoi RAFAELA™-järjestelmää. Aineisto oli mahdollista kerätä siten, etteivät vastaajien henkilötiedot tulleet tutkijan tietoon eikä taustatietoja voinut yhdistää tiettyyn hoitajaan. Riskien ja hyötyjen kannalta voisi pohtia, oliko oikein tehdä tiedonkeruuta kesken työpäivän, ja näin mahdollisesti lisätä hoitohenkilökunnan työmäärää. Vastaajilla oli mahdollisuus viedä kyselylomake myös kotiin täytettäväksi.

Tutkimustuloksista on toivottavasti hyötyä organisaation ylihoitajalle ja hoitoisuusluokitus-vastaavalle sekä lisenssin omaavalle yritykselle. Tutkielman avulla voi tutustua hoitoisuusluokitusjärjestelmän vahvuuksiin ja heikkouksiin hoitajien näkökulmasta. Hoitoisuusluokitusjärjestelmän seuraavaa koulutusta suunniteltaessa esimerkiksi koulutusvastaava voi palata tutkielmassa selvinneisiin asioihin. Koulutusvastaava voi tuolloin arvioida sitä, ovatko tutkielmassa esitetyt kehitettävät asiat todella uudistuksen arvoisia. Koulutusvastaava voi siis arvioida tutkielmassa esitetyt kehitysehdotukset ja niiden vastaavuuden.

Jatkotutkimusta pohdittaessa hoitotieteellisestä näkökulmasta olisi varmaan hyvä tutkia, mikä merkitys hoitoisuusluokituksella on potilaan hoitotyöhön ja miten se vaikuttaa potilaan saamaan hoitoon. Mielenkiintoista olisi tutkia rakenteellisen kirjaamisen merkitystä hoitoisuusluokitusjärjestelmän näkökulmasta ja verrata eri sairaaloiden kirjaamista hoitoisuusluokituksen rinnalla. Yhtenä tutkimusideana voisi olla kuntapäättäjien näkemykset ja kokemukset siitä, miten hoitoisuusluokitusjärjestelmä on vaikuttanut heidän päätöksiinsä.

LÄHTEET

Ala-Nikkola T., Mönkäre R. & Rajala T. 2005. PPC-hoitoisuusluokitusmittarin käyttöönotto. Kokemuksia ja johtopäätöksiä. Sairaanhoitaja vol. 78, 20–22.

Anttila K. 1998. Hoitoisuusluokitus. Visioita ja todellisuutta. Sairaanhoitaja vol. 71, 3.

Eskola J. & Suoranta J. 1999. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus.

Fagerholm N. 2007. Hoitotyön kuormittavuus poliklinikalla. Sähköisten rekisteritietojen analysointi. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Fagerström L. 1998. Hoitoisuusluokitus ylihoitajan näkökulmasta. Sairaanhoitaja vol. 71, 3.

Fagerström L., Nojonen K. & Åkers A. 2002. Metodologinen triangulaatio Paoncil-menetelmän sisällön validiteetin testaamisessa. Hoitotiede vol. 14, 4.

Fagerström L., Rainio A-K., Rauhala A. & Nojonen K. 2000. Professional Assessment of Optimal Nursing Care Intensity Level. Scand J Caring Sci vol. 14, 97--104.

Fagerström L. & Rauhala A. 2003. Finnhoitoisuus – hoitotyön benchmarking. Projektin loppuraportti 2000–2002. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

(FCG) Finnish Consulting Group Oy 2009. RAFAELAT – järjestelmän käyttöönotto, käytön yhtenäisyyden ylläpitäminen ja hyödyntäminen. Versio 1.4. Päivitetty 3.12.2009 [viitattu 3.9.2010]. Saatavilla [www-muodossa: URL:http://www.rafaela.fi](http://www.muodossa:URL:http://www.rafaela.fi).

Frilund M., West R., Parviainen H., Nukari T., Raunio P., Salmela L. & Fagerström L. 2006. RAFAELAT – järjestelmän perusterveydenhuollon

pilottiprojektin raportti 2003–2005. Päivitetty 23.9.2009 [viitattu 3.9.2010].
Saatavilla www-muodossa: URL:<http://www.rafaela.fi>.

Heikkilä T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2006. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus.

Huuskonen P. 2006. Hoitotyön toiminnot ja vaativuus. Sädehoitoyksikön henkilökunnan kuvaamina. Pro gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kanerva A. 2004. Hoitotyö erikoissairaanhoidossa Oulu Patient Classification-mittarilla ja Suomalaisella hoitotyön minimitiedostolla kuvattuna. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kaustinen T. 1995. Hoitoisuusluokituksen kehittäminen ja arviointi. Oulun yliopistollisessa keskussairaalassa v. 1991–1993. Lisensiaatintutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kaustinen T. & Hentinen M. 1998. Oulu – Hoitoisuusluokituksen luotettavuuden arviointi. Sairaanhoitaja vol. 71, 3.

Kyngäs H. & Vanhanen L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede vol. 11, 1.

Lonkila P. 2006. Hoitoisuusluokituksen käyttö osana hoitotyön laadun arviointia. Hoitohenkilökunnan näkökulma. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.

Louet-Lehtoniemi T. 2003. Neurokirurgisen hoitotyön toimintoluokitus. Oulu-hoitoisuusluokituksen osa-alueisiin ryhmitelty luokitus valvontahuoneen hoidollisen päätöksenteon ja dokumentoinnin tueksi. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.

Nivalainen J. 2000. Hoitoisuusluokitukset perioperatiivisessa hoitotyössä. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Ollikainen L. 2006. Erikoissairaanhoidon kuntalaskutus – Hoitoisuusluokitus hoidon kustannusten määrittelyjen täydentäjä. Licensiaatintyö. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos.

Onnela E. & Svenström R. 1998. Oulu-hoitoisuusluokituksen kehittäminen Oulun yliopistollisessa sairaalassa 1995–1997:loppuraportti. Oulu: Oulun yliopistopaino.

Partanen P. 2002. Hoitotyön henkilöstön mitoittaminen erikoissairaanhoidossa. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.

Pusa A-K 2007. The Right Nursing in the Right Place. Nursing Productivity and Utilisation at the RAFAELA. Patient Classification System in Nursing Management. Doctoral dissertation. University of Kuopio. Department of Health Policy and Management.

Rainio A-K. 1996. Hoitoisuusluokituksen hyödyntämisestä erikoissairaanhoidon kustannuslaskennassa. Hoitotiede vol. 8, 2.

Rainio A-K. 1998. Hoitoisuusluokituksen käyttöönotto. Kokemuksia Vaasan keskussairaala. Sairaanhoidaja vol. 71, 3.

Rainio A-K. & Ohinmaa A. 2004a. Assessment of Nursing Management and Utilization of Nursing Resources with the RAFAELA Patient Classification System – Case Study from the General Wards of one Central Hospital. Journal in clinical nursing vol. 14, 674--684.

Rainio A-K. & Ohinmaa A. 2004b. Henkilöstövoimavarojen käytön arviointi RAFAELA-hoitoisuusluokitusjärjestelmän avulla. Terveystaloustiede. Stakes aiheita 3.

Raitala E. 1999. Hoitoisuusluokitus sydänvalvontaosastolla – Monitor-hoitoisuusluokitusmittarin käyttökelpoisuuden arviointi. Tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Seppälä A. 1992. Suomessa käytössä olevia hoitoisuusluokituksia. Tutkielma. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos.

Silverman D. 1997. Qualitative Research. Theory, Method and Practice. Great Britain: SAGE Publications Ltd.

Stakes 2006. Hyvinvointivaltionraajat. Hoivan ja hoidon taloudellinen kestävyys. Arvioita sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannusten kehityksestä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Swanljung R-M. 1998. Kokemuksia käytännöstä. Sairaanhoidon vol. 71, 3.

Tuomi J. & Sarajärvi A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus.

Turula A. 2000. 'Mitä ei ole dokumentoitu ei ole myöskään tehty.' Tietokoneavusteiseen ja manuaaliseen hoitosuunnitelmaan perustuvan, kirjallisen ja suullisen tiedonvälityksen vertailututkimus Oulu -hoitoisuusluokitusta apuna käyttäen. Pro gradu –tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.

Vilkka H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Virtanen M. 2003. Sairaala kehityksissä – lähijohdon tulkinta sairaalasta sosiaalisena organisaationa. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden laitos.

Väänänen S. 2002. Kansainväliset hoitoisuusluokitukset, akuutti hoitotyö ja tietojärjestelmät. Pro gradu –tutkimus. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos.

Kyselylomake hoitohenkilökunnalle.

Hyvä vastaaja,

Olen sairaanhoitaja ja opiskelen Vaasan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen (yamk) koulutusohjelmassa. Opintoihin kuuluu opinnäytetyön tekeminen. Tutkielmassa haluan saada selville hoitohenkilökunnan näkemyksiä Rafaela-hoitoisuusluokitusjärjestelmästä.

Pyydän sinua vastaamaan nimettömänä jokaiseen avoimeen kysymykseen mielipidettäsi parhaiten kuvaamalla tavalla.

Vastattuasi palauta lomake osastolle varattuun laatikkoon suljetussa kirjekuoressa. Mukana palautuskuori.

Vastaus aikaa on kaksi viikkoa. Palauta vastauksesi viimeistään 19.2.2010 mennessä.

Kiitos vastauksestasi!

Johanna Syrjälä

(puhelin tiedot poistettu)

Vaasan ammattikorkeakoulu

Ylempi amk-tutkinto

Sosiaali- ja terveysala

Valitse oikea vaihtoehto

Olen: 1) sairaanhoitaja
2) apu-, lähi-, perushoitaja

Työskentelen osastolla: 1) 6
2) 7
3) 8

Avoimet kysymykset

1. Miten olet kokenut saamasi hoitoisuusluokituksen
käyttöönottokoulutuksen?

LIITE 1. Kyselylomake

2. Millaiset valmiudet koulutus antoi sinulle toteuttaa hoitoisuusluokitusjärjestelmää?

3. Millaista jatkokoulutusta on järjestetty hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönoton jälkeen?

LIITE 1. Kyselylomake

4. Mitä mielestäsi pitäisi kehittää, jotta päästään luotettavaan rinnakkaisluokitteluun?

5. Miten arvioit hoitotyön kirjaamisen vaikuttavan hoitoisuusluokituksen luotettavuuteen?

LIITE 1. Kyselylomake

6. Miten hoitoisuusluokituksesta saatuja tuloksia on esitelty osastolla?

7. Mitä muuta haluat kommentoida hoitoisuusluokitusjärjestelmästä?

Frågeformulär för vårdpersonalen.

Bästa mottagare,

Jag är sjukskötare och studerar vid Vasa yrkeshögskola/social-och hälsovårdens utbildningsprogram för utveckling och ledarskap (högre yrkeshögskoleexamen). Till studierna hör ett examensarbete. I denna undersökning önskar jag få reda på vårdpersonalens synpunkter på RAFAELA-systemet för vårdtyngsklassificering.

Jag ber dig besvara anonymt varje fråga på det sätt som bäst beskriver din åsikt.

Efter att du har besvarat frågorna, returnera blanketten till avdelningen till en för ändamålet utsedd låda. Svarskuvert bifogas.

Svarstiden är två veckor. Returnera din blankett senast 19.2.2010.

Tack för ditt svar!

Johanna Syrjälä

(puhelin tiedot poistettu)

Vasa yrkeshögskola

Högre yrkeshögskoleexamen

Social- och hälsovårdsområdet

Välj rätt alternativ

Jag är 1) sjukskötare

2) hjälpskötare, närvårdare, primärskötare

Jag arbetar på avd. 1) 6

2) 7

3) 8

Öppna frågor

1. Hur har du upplevt inskolningen för ibruktagandet av vårdtyngdsklassificeringen?

2. Hurudana färdigheter gav skolningen dig för att förverkliga klassificeringen?

3. Vilken typ av fortsättningsskolning har ordnats efter att man tagit i bruk klassificeringssystemet?

4. Vad anser du bör utvecklas så att man kan göra en tillförlitlig parallellklassificering?

5. Hur bedömer du att dokumenteringen av vårdarbetet inverkar på tillförlitligheten för klassificeringen?

6. Hur har de uppnådda resultaten av vårdtyngdsklassificeringen presenterats på avdelningen?

7. Andra kommentarer angående klassificeringen?

LIITE 3. Esimerkki aineiston analyysistä

Esimerkki aineiston analyysistä

Hoitajien kokemuksia saamastaan hoitoisuusluokituksen
käyttöönottokoulutuksesta

Alkuperäiset ilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut
<p><i>"Jag har inte varit på någon inskolning."</i></p> <p><i>"Koulutuksesta vastaava kävi osastolla, mutta kaikki työntekijät eivät silloin aina sattuneet olla paikalla."</i></p> <p><i>"Endast lärt mig av mina arbetskamrater."</i></p> <p><i>"...on käynyt antamassa koulutusta, niin olen ollut yhden kerran. Muuten meitä ei ole koulutettu asiasta mitenkään."</i></p> <p><i>"Tagit reda på själv."</i></p> <p><i>"Olen pyytänyt päästä koulutukseen."</i></p>	<p>En ole ollut koulutuksessa</p> <p>Sisäinen kouluttaja opetti</p> <p>Oppinut muilta</p> <p>Kerran osallistunut koulutukseen</p> <p>Itse opiskellut</p> <p>Pyydetty lisä koulutusta</p>
<p><i>"Olisi vielä tarkemmin pitänyt käydä läpi ajan kanssa miten eri kohdat luokitellaan."</i></p> <p><i>"Skolning var för kort..."</i></p> <p><i>"...skolningsdag skulle vara mera effektiv."</i></p> <p><i>"...behövas mera skolning."</i></p> <p><i>"För litet sakkunnig handledning."</i></p>	<p>Koulutuksen parantaminen</p> <p>Koulutus lyhyt</p> <p>Koulutuspäivän järjestäminen</p> <p>Lisää koulutusta</p> <p>Liian vähän koulutusta</p>
<p><i>"Järjestelmän esittely Otto-salissa... Tämä oli vain esittely, ei koulutus. ...ei mikään oppimis vaan tiedotustilaisuus."</i></p>	<p>Ulkopuolisessa koulutuksessa</p>

LIITE 3. Esimerkki aineiston analyysistä

<i>"Bra att det kom till avd en 'ansvars person' som hjälpte och gav råd."</i>	Vastaavan hoitajan koulutus
<i>"Koulutus oli asiallista ja kaikki kohdat käytiin hyvin läpi."</i>	Koulutus ollut hyvää

Alaluokat

Yläluokat

Päälouokka

Koulutuksen puutteellisuus

Koulutuksen lisääminen

Mahdollisuus osallistua koulutukseen

Koulutus ollut riittävää

Koulutuksen
parantaminenKoulutuksen
hyödyllisyysHoitohenkilö-
kunnan
koulutus

Yhdistäväluokka

Hoitajien kokemukset saamastaan
hoitoisuusluokituksen
käyttönottokoulutuksesta

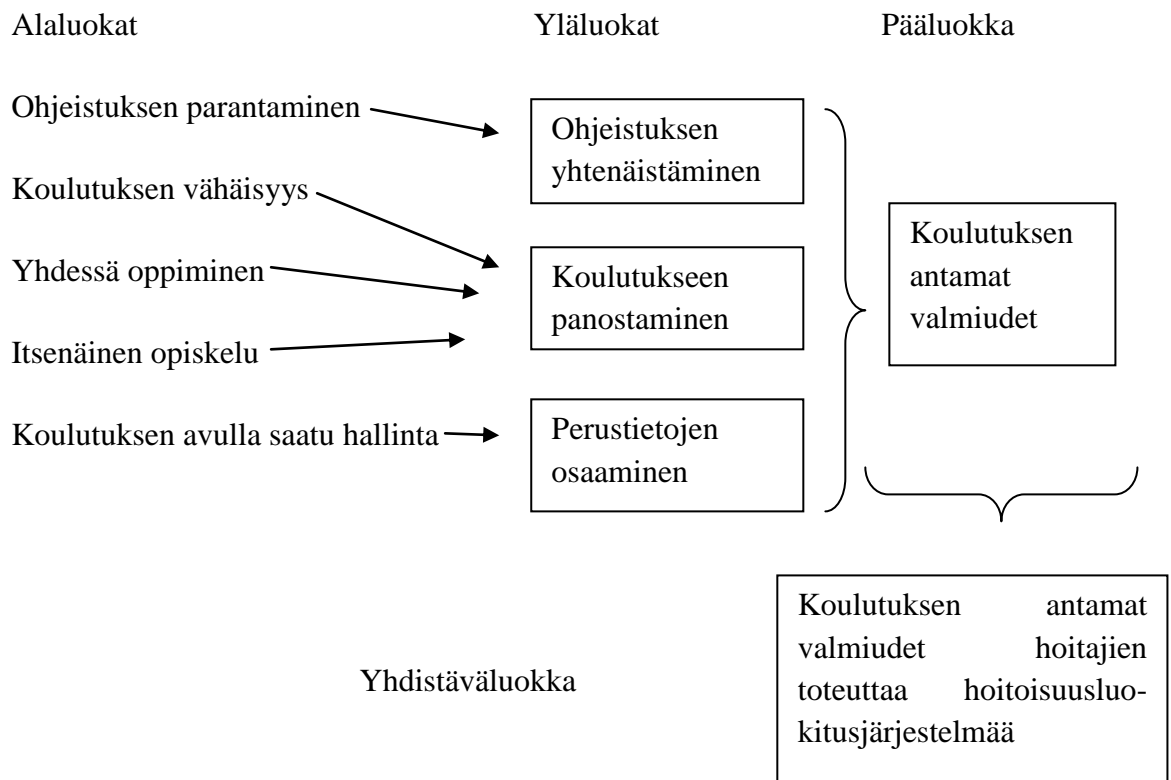
LIITE 3. Esimerkki aineiston analyysistä

Koulutuksen antamat valmiudet hoitajien toteuttaa hoitoisuusluokitusjärjestelmää

Alkuperäiset ilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut
<p><i>"Koulutuksen mukana tulivat osastolle kirjalliset ohjeet. ...ovat sekä suomeksi että ruotsiksi."</i></p> <p><i>"...tuntui että ohjeet vaihtuivat eri koulutuspäivinä."</i></p> <p><i>"Edelleen on vajausta tiedossa ei selkeitä ohjeita."</i></p> <p><i>"Kan inte säga eftersom jag inte fått någon särskild solning."</i></p> <p><i>"Huonot. Toiset sanoo toista toiset toista."</i></p>	<p>Kirjalliset ohjeet kaksikielisinä</p> <p>Vaihtuva ohjeistus</p> <p>Puutteellinen ohjeistus</p> <p>Koulutuksen vähäisyys</p>
<p><i>"...työkavereiden tukea kylläkin."</i></p> <p><i>"Jag har diskuterat med arbetskamraterna... så att jag skulle kunna göra klassificeringen."</i></p> <p><i>"Jag har nog mest tagit reda på på egen hand med att läsa om klassifiseringen."</i></p>	<p>Työkavereiden tuki</p> <p>Konsultaatio työkavereiden kesken</p> <p>Itsenäinen opiskelu</p>
<p><i>"...en saanut riittäviä valmiuksia toteuttaa hoitoisuusluokitusjärjestelmää. Koin omat tiedot puutteellisiksi ja olin epävarma luokittelenko oikein."</i></p> <p><i>"En tuntenut itseäni varmaksi..."</i></p> <p><i>"Osastolla on paljon kirjoittamatonta tietoa..."</i></p>	<p>Luokittelemisen epävarmuus</p> <p>Hiljaisen tiedon jakaminen</p>
<p><i>"Man fick klara grunder..."</i></p> <p><i>"Som jag tänkt mig."</i></p> <p><i>"...att det var bra att jag (vi) fick öva"</i></p>	<p>Hyvät perustiedot</p> <p>Ongelmattomuus</p> <p>Harjoitteleminen</p>

LIITE 3. Esimerkki aineiston analyysistä

<i>anonyma patienter hur klassificeringen gick till.”</i> <i>”I mitt tyckte bra.”</i>	Osaaminen
--	-----------



LIITE 3. Esimerkki aineiston analyysistä

Jatkokoulutuksen järjestäminen hoitoisuusluokitusjärjestelmän käyttöönoton jälkeen

Alkuperäiset ilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut
<p><i>"...olen itse ollut mukana kerran."</i></p> <p><i>"Har inte hört av någon fortsättningsskolning."</i></p> <p><i>"Ingen aning."</i></p> <p><i>"Inget extra endast från vårdare till vårdare..."</i></p> <p><i>"...on taidettu harjoitella pienessä ryhmässä..."</i></p> <p><i>...onko sillä saavutettu mitään."</i></p> <p><i>"Ei niin mitään."</i></p> <p><i>"...jos sattui olemaan oikeassa paikassa oikeaan aikaan."</i></p>	<p>Osallistuminen vähäistä</p> <p>Ei tietoa jatkokoulutuksista</p> <p>Hoitajalta hoitajalle</p> <p>Hyödyllisyys</p> <p>Koulutusta ei ole järjestetty</p>
<p><i>"Osastolla ollaan yhdessä muutaman kerran luokiteltu..."</i></p> <p><i>...ja katsottu kuinka hyvin menee yksiin."</i></p> <p><i>"Kahvitunnilla..."</i></p> <p><i>"...osastotuntityypistä koulutusta."</i></p> <p><i>"Kouluttaja käynyt osastolla 'kädestä pitäen' neuvomassa..."</i></p> <p><i>"...dykt upp då o då har känts tryggt."</i></p> <p><i>"...kävi ohjaamassa henkilökohtaisesti osastolla työaikana."</i></p> <p><i>"En gång fick jag även skolning ca ½ timme på arbetstid..."</i></p> <p><i>"Henkilökohtaista ohjausta oli saatavilla parina päivänä..."</i></p>	<p>Yhdessä luokittelemisen</p> <p>Järjestetty koulutus osastoilla</p> <p>Sisäisen kouluttajan antama opetus</p> <p>Koulutukseen pääseminen</p>
<p><i>"Litet info på avdelningstimmen i samband med att"</i></p>	<p>Rinnakkaisluokittelusta järjestetty lisä koulutus</p>

LIITE 3. Esimerkki aineiston analyysistä

<i>parallellklassificeringen togs ibruk.”</i> <i>”Rinnakkaisluokittelukoulutus oli osastolla x 1?”</i> <i>”Dubbelklassificering”</i>	
<i>”Tulossa on kai jotakin luokitukseen liittyvää...”</i> <i>”Ingen fortsättningsskolning ännu.”</i>	Koulutusta tulossa Koulutusta odotetaan

Alaluokat

Yläluokat

Pääloukka

Jatkokoulutuksen puutteellisuus →

Yhdessä opiskeleminen →

Kahvitunnit ja osastotunnit →

Osallistumismahdollisuus →

Rinnakkaisluokituskoulutus →

Yhtenäisen jatko-
koulutuksen puut-
teellisuus

Mahdollisuus osal-
listua jatkokoulu-
tukseen

Koulutustulevaisuu-
dessa

Jatkokoulutuk-
sen
kehittäminen

Jatkokoulutuksen järjestä-
minen hoitoisuusluokitus-
järjestelmän käyttöönoton
jälkeen

LIITE 3. Esimerkki aineiston analyysistä

Luotettavan rinnakkaisluokittelun kehittäminen

Alkuperäiset ilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut
<p><i>"Enemmän koulutusta. Voisi olla esim. nimilista jolla varmistettaisiin että kaikki ovat olleet mukana..."</i></p> <p><i>"Man borde få flere dar skolning..."</i></p> <p><i>"Kaikille pitäisi antaa sama koulutus. Koulutuksen laatuun ja sisältöön pitäisi kiinnittää huomiota."</i></p> <p><i>"Lisää koulutusta OMALLA äidinkielellä."</i></p> <p><i>"Suomen- ja ruotsinkieliset koulutukset erikseen."</i></p>	<p>Koulutuksen lisääminen</p> <p>Koulutuksen sisältöön panostaminen</p> <p>Koulutuksen saaminen äidinkielellään.</p> <p>Omat koulutustilaisuudet kielen mukaan</p>
<p><i>"...luokitella kahdestaan ja keskustella enemmän..."</i></p> <p><i>"Harjoitella yhdessä luokittelemaan ja keskustella miksi luokiteltu näin."</i></p> <p><i>"Mer sammarbete mellan vårdare."</i></p>	<p>Yhteistyö hoitajien kesken</p> <p>Yhteiset keskustelut</p>
<p><i>"...pitäisikö olla selvemmät ohjeet eri työtehtävien vaativuudesta, mihin luokitustasoon kuuluvat..."</i></p> <p><i>"...päivät ovat erilaisia, jaksaminen ja stressi vaikuttavat myös asioiden ja työn raskauteen..."</i></p> <p><i>"Tydligare instruktioner o. exempel."</i></p> <p><i>"Nykyiset ohjeet ovat hyvin epäselvät..."</i></p> <p><i>"Tulisi varmistaa että kaikilla työntekijöillä on samanlainen tieto ja taito hoitoisuusluokituksen tekemiseen."</i></p>	<p>Työn vaativuuden mittaaminen</p> <p>Työssä jaksaminen</p> <p>Selvät ohjeet</p> <p>Osaaminen</p>

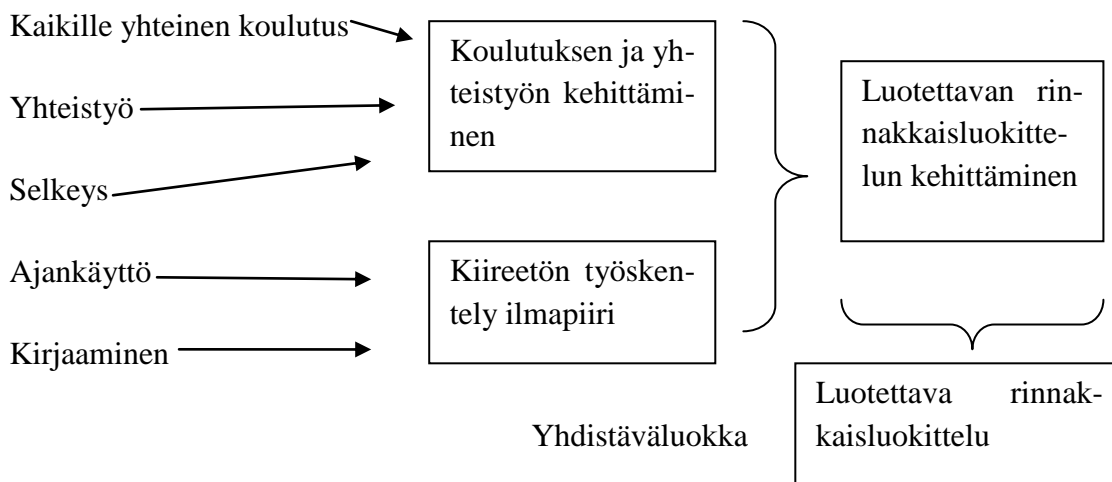
<p><i>"Eftersom vi gör många som gör Rafaela, så finns det lika många olika åsikter."</i></p>	Näkemys erot
<p><i>"Östörd tid reserverad för klassificering, helst i ett rum dit patienter och anhöriga inte kommer."</i></p> <p><i>"Man bör ha mera tid att sitta och få sitta i lugn o ro och inte svara på klockorna mellanåt."</i></p> <p><i>"Att man kan vara 2 som klassar att man kan diskutera men man har inte alltid tid..."</i></p> <p><i>"Mera personal så att man hinner dokumentera ordentligt!!!"</i></p>	<p>Häiriötön tila</p> <p>Yhdessä luokittelua</p> <p>Aikaa luokittelemiselle</p> <p>Henkilökunnan lisääminen</p>
<p><i>"Alla måste veta hur man vårddokumenterar, var man skriver vad."</i></p> <p><i>"...(dokumenterar lika, viktigt att skriva upp små saker som man gör automatiskt t.ex. svarar på klockor för små saker mm)</i></p> <p><i>"Alla bör känna sitt ansvar med dokumenteringen och noggrant fylla i klassificeringen, så tror jag att vi når en god parallellklassificering."</i></p>	Kirjaamisen merkitys ja tärkeys

LIITE 3. Esimerkki aineiston analyysistä

Yläluokat

Alaluokat

Päälouokka



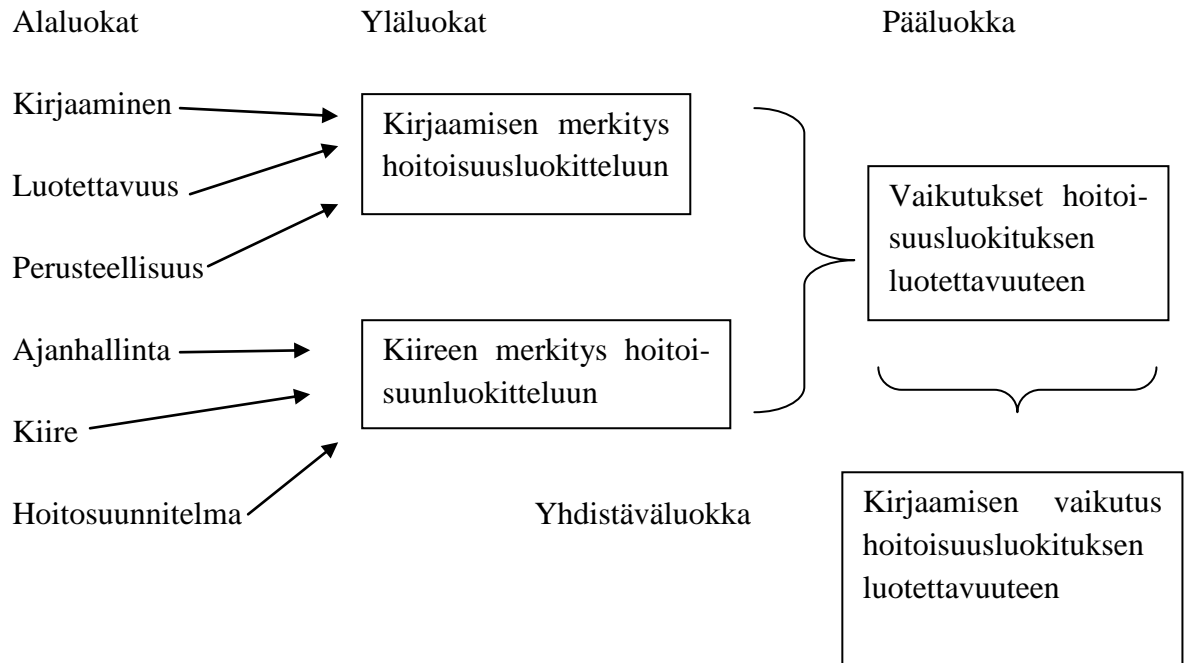
Kirjaamisen vaikutus hoitoisuusluokituksen luotettavuuteen

Alkuperäiset ilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut
<i>"För dåligt dokumenterat, men vi klassificerar bara dem vi känner."</i> <i>"..meidän kirjaaminen on puutteellista..."</i> <i>"Dokumenteringen är viktig."</i> <i>"Det är mycket viktigt att allt dokumenteras."</i> <i>"Jos hoitotyötä ei ole kirjattu, sitä ei ole tapahtunut. Jätetään kirjaamatta asioita, joita pidetään itsestään selvyytenä..."</i> <i>"Dåligt. Alla 'tänker' olika för är det mycket arbete på avd. så alla 'små saker' som blir gjorda dokumenteras inte..."</i>	Kirjaamisen parantaminen Kirjaamisen tärkeys Kaikki kirjataan. Kirjaamatta jättäminen
<i>"Kun kirjaaminen on tehokasta kuka tahansa pystyy luokittelemaan vaikkei tuntisikaan potilasta..."</i>	Kirjaamisen sisältö

LIITE 3. Esimerkki aineiston analyysistä

<p><i>"Jos asioita ei ole kirjattu, voiko hoitoisuusluokitus olla luotettava..."</i></p> <p><i>"Har man inte dokumenterat så är det svårt att klassa rätt."</i></p> <p><i>"Viktigt med god dokumentering, för oberoende om man känner pat. skall man kunna klassa så lika som möjligt."</i></p> <p><i>"Myöskin monet tekevät arvion liian aikaisin päivällä joten se ei ole todellinen."</i></p>	<p>Merkitys luotettavuuteen</p> <p>Rehellinen luokitus</p> <p>Puolueettomuus luokiteltaessa</p>
<p><i>"...och att det fram kommer hur mycket tid man verkligen lägger ner på olika arbetsmoment."</i></p> <p><i>"Ibland hinner vi inte skriva in färdigt från rondan..."</i></p> <p><i>Fastän vi då jobbat mycket, är jag rädd, att det inte blir upptaget i klassificeringen."</i></p> <p><i>"Kun on kiire kirjataan vähemmän ja kun on rauhallista kirjataan enemmän..."</i></p> <p><i>"Viktigt att vi tar oss tid att dokumentera, en viktig del av vårt arbete."</i></p>	<p>Työtehtävien vaativuus</p> <p>Ei ehdi kirjata</p> <p>Osastojen vaihtuvuus</p> <p>Enemmän aikaa kirjaamiselle</p>
<p><i>"Pitkäaikaispotilaalla on hyvänä apuna 'hoitosuunnitelma' ...</i></p> <p><i>...silloin voi hyvin luokitella sen perusteella edellyttäen että päivän hoidot on kirjattu 'hoitosuunnitelmasta' poiketen."</i></p> <p><i>"Samt att kolla vårdplanen."</i></p>	<p>Hoitosuunnitelma apuna kirjaamisessa</p> <p>Hoitosuunnitelman tarkistaminen</p>

LIITE 3. Esimerkki aineiston analyysistä



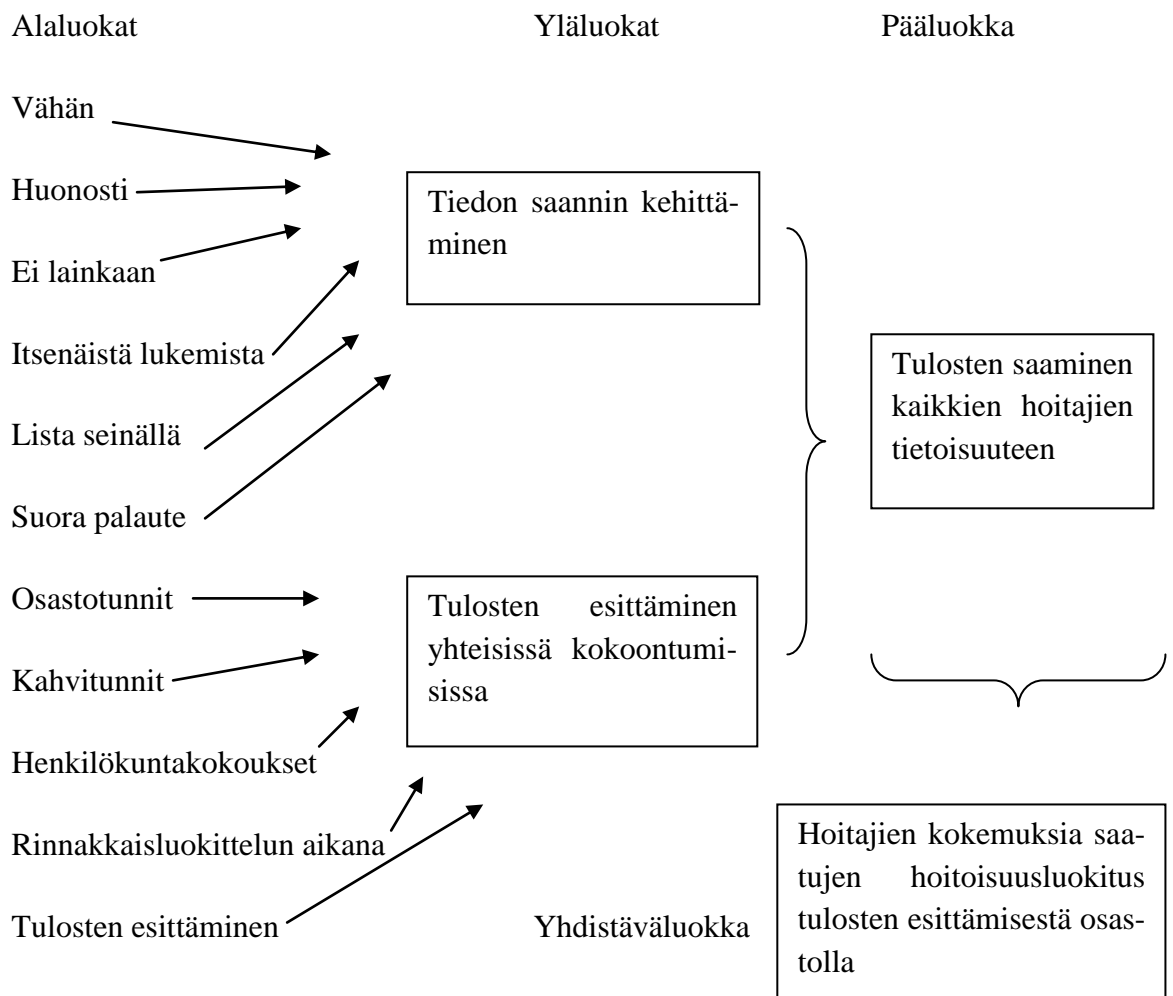
LIITE 3. Esimerkki aineiston analyysistä

Hoitajien kokemuksia saatujen hoitoisuusluokitus tulosten esittämisestä osastolla

Alkuperäiset ilmaisut	Pelkistetyt ilmaisut
<p><i>"Har inte fått resultaten presenterat personligen."</i></p> <p><i>"Vet ej. Har kanske varit ledig just då."</i></p> <p><i>"Dåligt."</i></p> <p><i>"Vähän on ohimennen mainittu tuloksista."</i></p> <p><i>"Jag har inte varit o arbete när man har presenterat vårdtyndsklassificering."</i></p>	<p>Tuloksia ei ole esitelty lainkaan</p> <p>Ei ole tietoa onko tuloksia esitelty</p> <p>Tuloksia esitelty huonosti</p> <p>Tuloksia esitelty vähän</p> <p>Ei ole ollut työssä silloin</p>
<p><i>"En lista uppsatt på väggen, där man kan se hur parallellklassificeringen lyckats..."</i></p> <p><i>"Pitää osata tiedustella!"</i></p> <p><i>"...haukkui ja moitti meitä suureen ääneen, että kun emme osaa."</i></p>	<p>Lista seinällä</p> <p>Itsenäistä tulkintaa</p> <p>Ottaa selville omatoimisesti</p> <p>Negatiivinen palaute</p>
<p><i>"Vi har haft avd. timme."</i></p> <p><i>"Fått information om resultatet på personalmötet."</i></p> <p><i>"De har presenterats i samband med ett morgonmöte i kafferummet..."</i></p> <p><i>"Av avdelningsföreståndaren..."</i></p>	<p>Osastotunnit</p> <p>Henkilökuntakokoukset</p> <p>Kahvitunnit</p> <p>Osastonvastaava</p>
<p><i>"Ja då vi parallellklassificerat."</i></p> <p><i>"...tiedän ainoastaan ensimmäisen rinnakkaisluokituksen tulokset."</i></p> <p><i>"Tehdyistä virheistä on kerrottu."</i></p> <p><i>"...ei olla ylletty vaaditulle tasolle ja kehoitettu petraamaan."</i></p> <p><i>"Rätt positivt, men alla har nog satt sig"</i></p>	<p>Rinnakkaisluokittelun aikana</p> <p>Suullisen palautteen saaminen</p>

LIITE 3. Esimerkki aineiston analyysistä

<i>in i situatuonen.”</i>	
---------------------------	--



LIITE 4. Tutkimuslupa anomus

Teija Svenfelt

Pietarsaaren kaupunki

Sosiaali- ja terveysvirasto

18.1.2010

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Opiskelen Vaasan ammattikorkeakoulussa sosiaali- ja terveysalan ylempään ammattikorkeakouluun johtavassa koulutusohjelmassa (sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen yamk). Opintoihini kuuluu opinnäytetyö (30 op).

Opinnäytetyöni aihe on: Hoito henkilökunnan näkemyksiä Rafaela-hoitoisuusluokitusjärjestelmästä , ja kohderyhmänä ovat: Hoito henkilökunta

Opinnäytetyön ohjaajana toimii yliopettaja Andrew Sirkka, puh 040-725 3772, e-mail: andrew.sirkka@puv.fi.

Pyydän kohteliaimmin lupaa saada suorittaa opinnäytetyöhöni liittyvä tiedonkeruu organisaatioinne hoitohenkilöstölle (osastot 6,7 ja 8). Aineisto kerätään niin että vastaajat pysyvät anonyymeinä, ja kerätty aineisto tulee ainoastaan tutkijan käyttöön tätä tutkimusta varten. Tutkimuksen valmistuttua kerätty aineisto hävitetään. Tutkimusraportti toimitetaan organisaatioonne tutkimuksen valmistuttua.

Johanna Syrjälä 040-8216997 (työ 7861430)

Liitteet: tutkimussuunnitelma



Tutkimuslupa myönnetty



Tutkimuslupa eväetty

Päivämäärä 1.2.2010

Allekirjoitus:

Dea L. Sirkka
hall. os. hoitaja



SOPIMUS RAFAELA™ -JÄRJESTELMÄN TUTKIMUSLISENSSISOPIMUS

Sopimus tutkielmaa tekevän opiskelijan ja FCG Finnish Consulting Group Oy:n välillä RAFAELA™ -järjestelmän käytöstä kehittämissankkeessa.

Menetelmän oikeudet RAFAELA™ -järjestelmän omistaa Suomen Kuntaliitto, FCG:llä on järjestelmän käytön ja käyttöoikeuksien myöntämisen yksinoikeus.

Sopijaosapuolet **FCG Finnish Consulting Group Oy**
ja

Johanna Syrjälä

Sopimuksen ehdot

HINTA

Tutkielmaan (tutkimussuunnitelma, liite 1) liittyvä RAFAELA™ -järjestelmän ohjeiston käyttö on maksutonta. Tarvittavat atk-ohjelmien ja -sovellusten käyttöön liittyvät kustannukset sovitaan erikseen tapauskohtaisesti.

AJANJAKSO

Sopimus koskee ajanjaksoa:

OIKEUDET

Tutkielman tekijällä on oikeus sopimuksen voimassaoloaikana:

- käyttää RAFAELA™ -järjestelmän ohjeistoa
- osallistua RAFAELA™ -koulutuksiin
- oikeus julkaista kerättyjä tietoja annettujen ohjeiden mukaisesti.

VELVOLLISUUDET

Tutkielman tekijällä on velvollisuus:

- pidättäytyä luovuttamasta kolmannelle osapuolelle mitään RAFAELA™ -järjestelmän sisältämää osaa
- pidättäytyä muuntamasta mitään osaa RAFAELA™ -järjestelmästä
- käyttää aineistosta termiä RAFAELA™ -tieto.

SOPIMUKSEN PÄÄTTYESSÄ

Sopimuksen päättyessä tutkielman tekijän tulee luopua kaikesta RAFAELA™ -järjestelmään kuuluvan aineiston käytöstä ja tuhota kaikki tutkimuksessa käytettävät RAFAELA™ -järjestelmän ohjeistojen kappaleet ja järjestelmään liittyvät ohjelmistot.

FCG:llä on oikeus muuttaa sopimuksen ehtoja ilmoittamalla siitä kuukautta ennen muutosten voimaantulusta.

Sopimus purkautuu välittömästi sopimusrikkomuksesta.

FCG Finnish Consulting Group Oy

SOPIMUS

2 (2)

Tätä sopimusta on tehty kaksi samansisältöistä kappaletta: yksi tutkielman tekijälle ja yksi FCG:lle.

Helsingissä 25. päivänä maaliskuuta 2010

FCG Finnish Consulting Group Oy Tutkielman tekijä

Maija Valta
Ratkaisujohtaja

FCG EFEKO OY

SOPIMUS

2(2)

TUTKELMAN TEKIJÄN TIEDOT:

Nimi:

Johanna Syrjälä

Nimike:

sairaanhoitaja

Tätä sopimusta on tehty kaksi samansisältöistä kappaletta: yksi tutkielman tekijälle ja yksi FCG:lle.

Helsingissä päivänä kuuta 200

FCG Finnish Consulting Group Oy

Maija V

Ratkaisujohtaja, ICT-liiketoiminta

Tutkielman tekijä

Symantec Johanna
Syrjälä Johanna